

Comité national de pilotage
sur le parcours de santé
des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Rapport
sur la mise en oeuvre
des projets pilotes

Comité présidé par
Dominique Libault

Composé d'ateliers présidés par

**Le Pr. Sylvie Legrain, le Pr. Claude Jeandel
Philippe Burnel et Franck Von Lennep**

Vices présidents

**Le Dr Rémy Bataillon, Pascal Chauvet,
Housseyni Holla, le Dr. Alain Lion**

Rapport établi par

Céline Mounier et Cécile Waquet

Membres du service de l'Inspection générale des affaires sociales



- Janvier 2013 -

Synthèse

- [1] Avec 14,3 M de personnes de 60 ans et plus, dont 1,5 M de personnes dépendantes¹ et un coût global de la dépendance pour l'assurance maladie compris, selon les estimations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), entre 9 et 21 Mds€², la question de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics.
- [2] Dans un rapport de juin 2011, le HCAAM a montré qu'une amélioration durable de la coordination entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social et du secteur social, améliorerait l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et serait source d'économies pour l'assurance maladie. Afin d'apporter des solutions d'envergure nationale, il a recommandé la mise en place de projets pilotes organisant des parcours de santé qui seraient expérimentés sur quelques territoires et auraient vocation, si leur évaluation s'avérait favorable, à être généralisés.
- [3] Le comité national de pilotage (COFIL) des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie a été installé en avril dernier, sous la présidence de Dominique LIBAULT, pour entamer une large concertation sur ces possibilités d'évolution et d'amélioration de l'offre de soins et tracer les grandes lignes du cahier des charges national pour les projets pilotes. Ce cahier des charges sera proposé à la ministre de la santé et des affaires sociales qui a souhaité que ces projets pilotes démarrent en septembre 2013.
- [4] A cet effet, ce comité a été organisé en quatre ateliers présidés par deux gériatres professeurs des universités-praticiens hospitaliers, le Pr. Sylvie LEGRAIN et le Pr. Claude JEANDEL, avec comme vices présidents Pascal CHAUVET, infirmier libéral et vice président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et le Dr Alain LION médecin généraliste et gériatre, par le délégué à la stratégie des systèmes d'information en santé, Philippe BURNEL, avec comme vice président Housseyni HOLLA, directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Franck VON LENNEP, avec comme vice président le Dr Rémy BATAILLON, adjoint du directeur de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute autorité de santé (HAS).

¹ Rapport, adopté à l'unanimité, du 23 juin 2011 (« Assurance maladie et perte d'autonomie »), page 21 et INSEE, « tableaux de l'économie française », estimation 2011.

² Cf. : estimation du HCAAM page 42 de son rapport : 8,9 Md€ pour les dépenses d'assurance maladie qui compensent la dépendance des personnes âgées ; environ 20,9 Md€ pour les dépenses d'assurance maladie des personnes âgées dépendantes (qu'elles soient ou non en lien avec la dépendance), et une somme inconnue entre les deux chiffres précédents pour les dépenses d'assurance maladie « entraînées » par la situation de dépendance des personnes âgées.

- [5] Ces ateliers ont rassemblé des représentants des professionnels de santé, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des réseaux de santé, des maisons et pôles de santé, des collectivités territoriales, des associations d'aide à domicile, des usagers, des agences régionales de santé (ARS), des administrations centrales, de l'équipe nationale de projet « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) » et de plusieurs agences et institutions (cf. : annexe 7) : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), Fédération nationale de la Mutualité française, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), HAS, Agence des systèmes d'informations partagés de Santé (ASIP Santé), ATIH et Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).
- [6] Ces ateliers ont également travaillé en formation restreinte, en s'appuyant sur des bureaux auxquels ont participé le Secrétariat général des ministères sociaux (SG), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la DREES, l'ASIP Santé et l'ATIH. La Direction de la sécurité sociale (DSS) assurait le secrétariat technique du comité.
- [7] Deux membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Céline MOUNIER et Cécile WAQUET, avaient pour mission de rendre compte de ces travaux.
- [8] La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 prévoit le cadre législatif adéquat.
- [9] Le présent rapport présente les réflexions qui ont conduit à la rédaction du cahier des charges des projets pilotes.
- [10] **La définition des besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie a servi de fil rouge aux travaux du comité.** 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 accompagnement dans une logique de parcours de santé. Ils visent également à inscrire chaque étape du parcours dans une démarche de prévention des facteurs de risque de la perte d'autonomie ainsi qu'à répondre aux besoins des aidants dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées. Toutefois, compte tenu de la population ciblée par les projets pilotes, certains dispositifs pertinents pour l'ensemble des personnes âgées (développés par les caisses de sécurité sociale, les collectivités territoriales, les ARS...) et pouvant faire l'objet d'autres travaux, n'ont pas été approfondis par le présent comité. Le comité « avancée en âge » présidé par le Dr Jean-Pierre Aquino pourra faire des propositions d'amélioration ou de développement de ces dispositifs.

- [11] La notion de personnes âgées en risque de perte d'autonomie est comprise ici comme l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé (au sens de l'Organisation mondiale de la santé-OMS) est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et / ou médical. D'après la CNAMTS, 85% des personnes de 75 ans et plus 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 (au moins une fois en urgence pour 44% d'entre elles), pour une durée de 12 jours en moyenne. En moyenne, 7 molécules différentes leur sont délivrées au moins trois fois par an. De plus, plusieurs études montrent que ces personnes sont exposées à quatre facteurs de risque d'hospitalisation : problèmes liés aux médicaments (iatrogénie, le plus souvent, mais aussi problème d'observance et insuffisance de traitement), dénutrition, dépression et chutes. Ces quatre facteurs de risque, le plus souvent associés à des pathologies d'organe, telle que l'insuffisance cardiaque ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou à des maladies invalidantes telles que la maladie d'Alzheimer ou l'ostéoporose fracturaire, peuvent être en partie prévenus en recourant à une optimisation diagnostique et thérapeutique, à l'éducation thérapeutique des malades et à une meilleure coordination entre professionnels de santé, avec des marges d'amélioration importantes.
- [12] **Ces personnes 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.** Ce principe de subsidiarité et de gradation de la réponse aux besoins permettrait de prévenir la dépendance et l'aggravation de problèmes de santé, de maintenir et soutenir la personne à son domicile tant que son état le permet, et de ne recourir à l'hospitalisation que lorsque la personne âgée a besoin du plateau technique et/ou des compétences hospitalières, étant entendu que la durée passée en établissement de santé doit correspondre à ses stricts besoins sanitaires.
- [13] Or les acteurs qui prennent en charge les personnes âgées sont multiples et souffrent d'un manque de pilotage et de coordination, au sein d'un même secteur (ville, établissements de santé, médico-social, social) et *a fortiori* entre les différents secteurs (sanitaire/social ; ville/établissements de santé).
- [14] Le comité propose donc d'améliorer la prise en charge, l'accompagnement et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées sur les territoires pilotes à la fois en ville, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'entre ces trois segments dans une logique de parcours de santé.
- [15] En ville, 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, le comité préconise le développement d'une coordination clinique de proximité rassemblant, autour du médecin traitant, un infirmier (libéral ou coordinateur de services de soins infirmiers à domicile - SSIAD), un pharmacien d'officine et éventuellement un masseur-kinésithérapeute ou un autre professionnel devant intervenir à domicile. Chacun de ces acteurs, choisis par la personne âgée, doit se recentrer sur le plus haut niveau de ses compétences. Les membres de cette coordination clinique de proximité, ou le généraliste et l'infirmier, devront établir des liens étroits avec la personne âgée et, lorsqu'elle est en perte d'autonomie, sa famille et ses aidants, ou, à défaut, ses aides à domicile, afin que le médecin traitant soit alerté facilement en cas de problème et/ou puisse adapter les aides nécessaires.
- [16] La formalisation de ce travail à plusieurs passera par deux outils principaux. Ces professionnels suivront ensemble, sur les territoires pilotes, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) pluri professionnel, une formation spécifique. Ils s'impliqueront, au moins pour les cas complexes, dans l'élaboration d'un plan personnalisé de santé comprenant aides et soins, dont l'éducation thérapeutique personnalisée.

- [17] Afin de faciliter leur recours à toutes les aides nécessaires, à la fois d'ordre médical (notamment expertise gériatrique), paramédical et social, le comité préconise également un rapprochement des différents dispositifs de coordination et d'intégration dans le cadre d'une coordination territoriale d'appui sur un territoire plus large que la coordination clinique de proximité. Cette coordination territoriale d'appui, qui ne doit pas être une nouvelle structure, s'appuiera sur les systèmes existant déjà sur le territoire de coordination (centres locaux d'information et de coordination-CLIC, réseaux) et d'intégration (MAIA), ainsi que sur les filières.
- [18] En ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge et l'accompagnement en établissements de santé et des transitions ville-hôpital, les établissements de santé seront amenés à 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-établissement de santé. Pour ce faire, ils prépareront la sortie des personnes âgées en amont et organiseront les relations avec leurs partenaires du parcours, notamment l'échange d'informations permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions. Enfin, ils seront appelés à participer à la prévention des hospitalisations évitables.
- [19] Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) veilleront à 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. Les établissements de santé s'organiseront pour permettre aux EHPAD et à la ville de bénéficier de leur expertise notamment concernant la prise en charge spécifique des personnes âgées (filière gériatrique, expertise psychiatrique et en soins palliatifs, hospitalisation à domicile - HAD etc.).
- [20] L'amélioration du parcours nécessite également la mise en place d'un système d'information (SI) opérationnel dès le lancement des projets pilotes. Le comité préconise l'usage d'un annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales et d'une messagerie sécurisée, outils qui pourront être mis à disposition des territoires pilotes s'ils n'en disposent pas déjà. Afin de partager des informations, les acteurs pourront en outre utiliser le dossier médical personnel.
- [21] Le comité a également mis un accent particulier sur l'indispensable adaptation des pratiques professionnelles à la logique du parcours de santé des personnes âgées. A cet égard, le comité a fortement insisté sur l'importance de la qualité, la précision et la mise à jour des documents échangés entre acteurs. Ces documents doivent être conçus dans une logique de parcours et de passage de témoin, ce qui suppose qu'ils soient à la fois synthétiques, clairs et concis. En outre, le comité considère qu'une formation spécifique, dans le cadre du développement professionnel continu, permettra aux acteurs de s'approprier le modèle organisationnel proposé et de faire évoluer leurs pratiques professionnelles pour atteindre les objectifs des projets pilotes.
- [22] Par ailleurs, le comité a fait le choix de construire un système d'évaluation adapté aux enjeux des projets pilotes et préfiguré en même temps que l'élaboration du système lui-même. Il propose donc une évaluation qui a pour objet, à partir des résultats sur la santé des personnes et les hospitalisations et ré hospitalisations notamment, de donner des éléments objectifs d'appréciation permettant aux pouvoirs publics de décider d'une éventuelle généralisation des organisations, le cas échéant modifiées en fonction des enseignements tirés des projets pilotes.

- [23] En tout état de cause, le cahier des charges proposé par le comité fixe des lignes directrices fortes, tout en dessinant un modèle suffisamment souple, pour laisser aux acteurs de terrain une large marge d'initiative. L'organisation et l'évaluation des projets pilotes pourront également évoluer, à la marge, au vu des expériences mises en place dans le cadre de l'article 70 de la LFSS pour 2012 relatives à l'entrée et la sortie des établissements de santé. Les propositions du comité « avancée en âge » présidé par le Dr Jean-Pierre Aquino pourront également compléter l'aspect prévention du dispositif. De même, les travaux sur la fragilité menés par le Pr Bruno VELLAS dans le cadre du gérontopole de Toulouse pourront enrichir les parcours.
- [24] Enfin, le comité souligne les limites inhérentes à l'exercice des projets pilotes. D'une part, le changement de culture qu'implique la logique de parcours prendra nécessairement du temps. D'autre part, les acteurs devront bénéficier d'incitations financières qui seront définies à la fois dans le cadre du fonds d'intervention régional et des négociations conventionnelles.
- [25] De fait, le modèle cible nécessitera en pratique de nombreux outils, qui ne seront pas nécessairement tous disponibles à court terme sur les territoires pilotes, notamment en matière informatique. C'est pourquoi au-delà du cahier des charges, le présent rapport comporte des recommandations complémentaires dont la réalisation serait souhaitable à moyen terme, à la fois pour enrichir les projets pilotes, et en vue de leur éventuelle généralisation. Plus largement, il formule également des propositions pour que l'ensemble des territoires français réunissent progressivement les conditions favorables à l'émergence de véritables parcours de santé pour les personnes âgées.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	13
1. LA COORDINATION DES ACTEURS EN VILLE POUR PREVENIR LES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES	17
1.1. <i>Les besoins de prise en charge coordonnée des personnes âgées sont spécifiques.....</i>	17
1.2. <i>Ces besoins ne sont pas bien couverts par les modalités actuelles de prise en charge et de coordination</i>	18
1.3. <i>L'amélioration du parcours de santé en ville des personnes âgées passe par le développement de la coordination des acteurs à un double niveau</i>	19
1.3.1. La coordination clinique de proximité.....	19
1.3.2. La coordination territoriale d'appui.....	20
1.4. <i>La réussite de ce modèle suppose de réunir cinq conditions préalables.....</i>	22
1.4.1. La formalisation du travail à plusieurs passe par l'implication des acteurs dans un plan personnalisé de santé.....	22
1.4.2. L'amélioration des pratiques professionnelles, essentielle à l'optimisation des parcours, passe par une formation pluri professionnelle.....	23
1.4.3. La fluidification du parcours suppose aussi de créer des conditions favorables au bon fonctionnement des services d'aide à domicile	24
1.4.4. Les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées doivent pouvoir utiliser les SI et les maîtriser (cf. : partie relative aux SI)	25
1.4.5. Les différents niveaux de coordination devront être valorisés financièrement	25
1.5. <i>Recommandations en vue de la généralisation des projets pilotes.....</i>	25
2. AMELIORER LES PRISES EN CHARGE EN ETABLISSEMENT ET ORGANISER UN PARCOURS FLUIDE ENTRE LE DOMICILE, LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET TOUTES LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT	26
2.1. <i>Mieux adapter l'établissement de santé à la spécificité des personnes âgées.....</i>	27
2.1.1. Mobiliser la communauté hospitalière autour de la prise en charge des personnes âgées par une gouvernance adaptée	27
2.1.2. Mieux repérer et mieux évaluer les personnes âgées au sein des établissements.....	28
2.1.3. Mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique au sein des établissements de santé 30	
2.1.4. Suivre et évaluer des indicateurs de prise en charge au sein des établissements de santé 31	
2.2. <i>Favoriser la coordination entre la ville, les EHPAD et les établissements de santé.....</i>	31
2.2.1. Améliorer les conditions d'entrée dans les établissements de santé.....	31
2.2.2. Améliorer les conditions de sortie des établissements de santé	32
2.2.3. Organiser les relations entre partenaires du parcours	33
2.2.4. Participer à la prévention des hospitalisations évitables.....	34
2.3. <i>Renforcer la place des EHPAD au sein du parcours.....</i>	34
2.3.1. Améliorer la prise en charge en EHPAD.....	34
2.3.2. Faciliter l'intervention des médecins traitants en EHPAD.....	34
2.3.3. Renforcer les liens entre les EHPAD et les établissements de santé	35

2.4. Valoriser financièrement l'implication et l'adaptation des établissements de santé et des EHPAD dans le cadre des parcours.....	35
2.5. Recommandations en vue de la généralisation des projets pilotes.....	36
3. LES SYSTEMES D'INFORMATION POUR AMELIORER LA COORDINATION.....	36
3.1. La cible : quatre outils informatiques pour les projets pilotes.....	36
3.1.1. La connaissance mutuelle des acteurs : un répertoire des ressources.....	37
3.1.2. L'échange d'informations : une messagerie sécurisée	37
3.1.3. Le partage d'informations : un outil de stockage et de partage	37
3.1.4. Le pilotage du territoire et du projet.....	38
3.2. Ce qui peut être réalisé sur les territoires pilotes avec l'aide de l'ASIP Santé.....	38
3.2.1. Le répertoire opérationnel des ressources.....	38
3.2.2. La messagerie sécurisée	39
3.2.3. Le dossier médical personnel	41
3.2.4. Le suivi au niveau de la coordination territoriale d'appui.....	42
3.3. Les trois conditions de succès des outils informatiques	42
3.4. Recommandations en vue de la généralisation des projets pilotes.....	42
4. L'ADAPTATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES A UNE LOGIQUE DE PARCOURS	43
4.1. La nécessité de documents synthétiques	43
4.2. Une formation spécifique.....	44
5. L'EVALUATION, UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE DU PROJET	45
5.1. L'évaluation a pour objet de donner aux pouvoirs publics des éléments objectifs en vue d'une éventuelle généralisation.....	45
5.2. Les indicateurs de processus et de résultats.....	46
5.2.1. Les indicateurs de pilotage et de suivi de la montée en charge des dispositifs	46
5.2.2. Les indicateurs de résultats.....	46
5.3. Les conditions de réussite de l'évaluation	47
CONCLUSION.....	48
LISTE DES SIGLES UTILISES	51
ANNEXE 1 : RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS DU COMITE EN VUE DE LA GENERALISATION DES PROJETS PILOTES.....	53
ANNEXE 2 : SCHEMA DE LA MEDECINE DE PARCOURS EN VILLE DANS LE CADRE DES PROJETS PILOTES.....	57
ANNEXE 3 : SCHEMA D'INTERVENTION DES ACTEURS AUTOUR DE LA PERSONNE AGEE.....	59
ANNEXE 4 : SCHEMA DE REPERAGE ET D'EVALUATION DES PERSONNES AGEES INTERNES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	61
ANNEXE 5 : CALENDRIER RECAPITULATIF DU PROCESSUS D'EVALUATION	63
ANNEXE 6 : PRECISIONS SUR LA POPULATION CIBLE, PRESENTATION DE LA CNAMTS AU COPIL DU 27 SEPTEMBRE 2012.....	67
ANNEXE 7 : LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANT AU COMITE NATIONAL DE PILOTAGE PAERPA	77

BIBLIOGRAPHIE GENERALE.....	79
BIBLIOGRAPHIE DETAILLEE.....	81

Introduction

[26] Avec 14,3 M de personnes de 60 ans et plus, dont 1,5 M de personnes dépendantes³ et un coût global de la dépendance pour l'assurance maladie compris, selon les estimations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁴, entre 9 et 21 Mds€, la question de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics.

[27] Plusieurs travaux ont été engagés sur ce sujet :

- le comité « Avancée en âge » présidé par le Dr Jean-Pierre AQUINO, qui alimentera le volet anticipation du projet de loi « Autonomie » et devra réfléchir aux moyens de « *développer la prévention, promouvoir la santé et préserver la qualité de vie et la dignité [des personnes] jusqu'aux plus grands âges de la vie (...)* »⁶ ;
- les travaux du gérontopôle de Toulouse sur la fragilité menés par le Pr. Bruno VELLAS ;
- les expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;
- les travaux des agences régionales de santé (ARS) sur les parcours de santé dans le cadre de leurs programmes régionaux de santé 2012-2015 ;
- le comité national de pilotage (COPIL) des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, installé en avril dernier pour améliorer les modalités de prise en charge, d'accompagnement et de coordination de ces personnes dans le cadre de projets pilotes.

[28] Présidé par Dominique LIBAULT, ce comité a reçu pour mission de définir les grands axes du cahier des charges de ces « projets pilotes » qui auront vocation à être généralisés.

[29] A cette fin, ce comité a été organisé en quatre ateliers présidés par deux gériatres professeurs des universités-praticiens hospitaliers, le Pr. Sylvie LEGRAIN et le Pr. Claude JEANDEL, avec comme vices présidents Pascal CHAUVET, infirmier libéral et vice président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et le Dr Alain LION, médecin généraliste et gériatre, par le délégué à la stratégie des systèmes d'information en santé, Philippe BURNEL avec comme vice président Housseyni HOLLA, directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Franck VON LENNEP, avec comme vice président le Dr Rémy BATAILLON, adjoint du directeur de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute autorité de santé (HAS).

³ Rapport, adopté à l'unanimité, du 23 juin 2011 (« Assurance maladie et perte d'autonomie »).

⁴ Avis du 22 avril 2010 (« Vieillesse, longévité et assurance maladie ») ; Rapport, adopté à l'unanimité, du 23 juin 2011 (« Assurance maladie et perte d'autonomie »).

⁵ Cf. estimation du HCAAM page 42 du même rapport : 8,9 Md€ pour les dépenses d'assurance maladie qui compensent la dépendance des personnes âgées ; environ 20,9 Md€ pour les dépenses d'assurance maladie des personnes âgées dépendantes (qu'elles soient ou non en lien avec la dépendance), et une somme inconnue entre les deux chiffres précédents pour les dépenses d'assurance maladie « entraînées » par la situation de dépendance des personnes âgées.

⁶ in Lettre de mission au Dr AQUINO, président du comité Avancée en âge, 8 octobre 2012.

- [30] Emanant du comité, les ateliers rassemblent des représentants des professionnels de santé, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des réseaux de santé, des maisons et pôles de santé, des collectivités territoriales, des associations d'aides à domicile, des usagers, des ARS, des administrations centrales, de l'équipe nationale de projet « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) » et de plusieurs agences et institutions (cf. : annexe 7) : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), Fédération nationale de la Mutualité française, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), HAS, Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé), ATIH et Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).
- [31] Ces ateliers ont également travaillé en formation restreinte, en s'appuyant sur des bureaux auxquels ont participé le Secrétariat général des ministères sociaux (SG), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la DREES, l'ASIP Santé et l'ATIH. La Direction de la sécurité sociale (DSS) assurait le secrétariat technique du comité.
- [32] Deux membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Céline MOUNIER et Cécile WAQUET, avaient pour mission de rendre compte de ces travaux.
- [33] Ainsi que la ministre de la santé et des affaires sociales l'a souhaité, les projets pilotes seront mis en œuvre en septembre 2013. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit le cadre législatif adéquat.
- [34] Le présent rapport présente les réflexions qui ont conduit à la rédaction du cahier des charges des projets pilotes.
- [35] De nombreux travaux ont mis en évidence les principaux obstacles à une prise en charge et un accompagnement optimisés des personnes âgées par les multiples acteurs du secteur sanitaire, médico-social et social :
- Ces acteurs souffrent d'un manque de coordination, au sein d'un même secteur et *a fortiori* entre les différents secteurs (sanitaire/social/médico-social ; ville/établissement de santé) : les divers dispositifs de coordination existants, installés sur des territoires souvent différents, obéissent en effet à des logiques de financement et de gouvernance multiples (conseils généraux, assurance maladie, Etat, agences régionales de santé etc.).
 - Les modes de financement et de tarification n'incitent guère les professionnels de santé à agir de façon coordonnée, en ville (tarification à l'acte) comme en établissement de santé (tarification à l'activité - T2A) même si l'exercice groupé en ville progresse (cf. : l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération par exemple).
 - L'importance du reste à charge sur les aides à domicile ou pour les résidents en établissements influe sur la trajectoire des parcours de santé, pouvant conduire à des hospitalisations indues.
 - La gériatrie et la gérontologie sont des secteurs encore trop peu attractifs et insuffisamment intégrés dans la formation initiale des professionnels des trois secteurs.

- [36] **La définition des besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (désignées dans la présente note « personnes âgées ») a servi de fil rouge aux travaux du comité. Ces personnes 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.** Ce principe de subsidiarité et de gradation de la réponse aux besoins permettrait de prévenir la dépendance et l'aggravation de problèmes de santé, de soutenir la personne à son domicile tant que son état le permet, et de ne recourir à l'hospitalisation que lorsque la personne a besoin du plateau technique et/ou des compétences hospitalières, étant entendu que la durée passée en établissement de santé doit correspondre à ses stricts besoins sanitaires. Par ailleurs, le comité a cherché à répondre aux besoins des aidants dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées.
- [37] Le comité a tenu compte des contraintes pesant sur les finances publiques et de l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire national. Il a également veillé à ce que ses propositions ne se traduisent pas par la création d'un intervenant supplémentaire chargé de la coordination. Tout en dégagant des lignes directrices pour les projets pilotes, il a cherché à concevoir un modèle suffisamment souple pour laisser aux territoires une large marge d'initiative.
- [38] La notion de personnes âgées en risque de perte d'autonomie recouvre des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁷ est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et / ou médical⁸. D'après la CNAMTS, 85% des personnes de 75 ans et plus ont au moins une pathologie, 57% sont en affection de longue durée (ALD), 29% souffrent d'au moins une pathologie cardiovasculaire, 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, pour une durée de 12 jours en moyenne, avec au moins une hospitalisation en urgence pour 44% d'entre eux. En moyenne, 7 molécules différentes leur sont délivrées au moins trois fois par an (cf. : annexe 6). De plus, la littérature montre que ces personnes sont exposées à quatre facteurs de risque d'hospitalisation : problèmes liés aux médicaments (iatrogénie, le plus souvent, mais aussi problème d'observance et insuffisance de traitement), dénutrition, dépression et chutes. Ces quatre facteurs de risque, le plus souvent associés à des pathologies d'organe, telle que l'insuffisance cardiaque ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou à des maladies invalidantes telles que la maladie d'Alzheimer ou l'ostéoporose fracturaire, peuvent être en partie prévenus en recourant à une optimisation diagnostique et thérapeutique, à l'éducation thérapeutique des malades et à une meilleure coordination entre professionnels de santé, avec des marges d'amélioration importantes.
- [39] Le comité préconise donc un cahier des charges articulé autour des cinq axes suivants :
- le développement de la coordination entre acteurs de ville des secteurs sanitaire, médico-social et social au plus près des personnes âgées (coordination clinique de proximité) et à un niveau territorial plus étendu (coordination territoriale d'appui) (I) ;
 - l'amélioration de la prise en charge et la fluidification du parcours des personnes âgées au sein des établissements de santé et entre la ville, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'hôpital⁹ (II) ;
 - l'utilisation d'un système d'information (SI) permettant de faciliter les échanges (répertoire des ressources, messagerie sécurisée, partage d'informations via le dossier médical personnel) et de piloter le territoire (III) ;

⁷ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

⁸ Voir en annexe les caractéristiques statistiques de ces personnes (sources CNAMTS).

⁹ Les termes « hôpital » et « hospitalier » renvoient dans la présente note au secteur des établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif.

- l'adaptation des pratiques professionnelles à la logique de parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, ce qui suppose, d'une part, la conception de documents synthétiques dans une logique de passage de témoin et, d'autre part, une formation spécifique dans le cadre du développement professionnel continu pluri-professionnel (IV) ;
- un dispositif d'évaluation, fondamental pour que la généralisation des projets pilotes (V) soit fondée sur des bases solides.

[40] Sur chacun de ces axes, le présent rapport identifie à titre principal les mesures à prévoir à court terme dans le cadre du cahier des charges qui comprennent à la fois des pré-requis sur les territoires et des engagements des acteurs, chaque étape du parcours s'inscrivant dans une démarche de prévention.

[41] Il formule également des recommandations dont la réalisation, à moyen terme, serait souhaitable en vue d'une éventuelle généralisation, et définit, pour l'ensemble du territoire français, les conditions favorables à l'émergence de véritables parcours de santé pour les personnes âgées. (cf. : annexe 1).

1. LA COORDINATION DES ACTEURS EN VILLE POUR PREVENIR LES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

[42] Le comité a réfléchi aux moyens d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées en ville¹⁰. Ayant confronté les besoins spécifiques des personnes âgées (1) aux multiples dispositifs de coordination déjà en place sur les territoires (2), il préconise des évolutions pour remédier aux insuffisances constatées en développant la coordination à un double niveau (3) : une coordination clinique de proximité autour de la personne âgée (3.1) ; une coordination territoriale d'appui, qui, selon une forme variable d'un territoire à l'autre, s'appuierait sur les dispositifs existants pour mobiliser, à la demande des acteurs de proximité, les ressources sociales et sanitaires complémentaires (3.1). La réussite de ce modèle suppose notamment que les acteurs soient formés, qu'ils s'impliquent dans l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS), qu'une solution soit trouvée pour améliorer la solvabilisation des services d'aide à domicile et que les différents niveaux de coordination soient valorisés financièrement (4).

1.1. Les besoins de prise en charge coordonnée des personnes âgées sont spécifiques

[43] Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie nécessitent l'intervention de multiples acteurs des secteurs sanitaire (le médecin traitant ne pouvant intervenir seul), médico-social et social. Ces acteurs doivent intervenir assez tôt dans le parcours des personnes âgées, et de manière coordonnée. Ils doivent pour cela utiliser un système d'information adéquat. Ils doivent pouvoir intervenir à domicile¹¹. Leurs pratiques doivent tenir compte des spécificités des personnes âgées et des recommandations résultant de l'état de l'art. Le patient, dont les valeurs et les préférences doivent être considérées tout au long du parcours, doit être considéré comme un partenaire actif de son projet de soins. Ces constats sont corroborés par de nombreux rapports et articles sur le sujet¹².

[44] Ces besoins sont plus ou moins importants et appellent une réponse graduée selon l'état de santé de la personne. Une personne sans pathologie sévère mais prenant un diurétique pour une hypertension artérielle, un anti-vitamine K pour un trouble du rythme cardiaque, une automédication par un anti-inflammatoire non stéroïdien, doit bénéficier dès l'instauration du traitement, pour prévenir le risque iatrogénique, d'un temps d'éducation thérapeutique *ad hoc*, assuré par le médecin généraliste, le pharmacien d'officine ou un infirmier. En cas de pathologie chronique sévère, de polyopathie, de polymédication, de sortie d'établissement de santé, de problème de santé ou de décès du conjoint, la prévention de l'altération de l'état de santé comme de la perte d'autonomie passe par une réponse renforcée. Celle-ci doit mobiliser, au-delà du médecin traitant, de l'infirmier et du pharmacien, davantage d'acteurs, non seulement sanitaires (gériatre, paramédicaux), mais aussi médico-sociaux (services de soins infirmiers à domicile - SSIAD) et sociaux (services d'aide à domicile - SAAD).

¹⁰ L'hôpital a toute sa place dans la prise en charge des personnes âgées. Mais, même pertinente, l'hospitalisation aurait souvent pu être évitée par une prise en charge en ville plus en amont, optimisée et mieux coordonnée.

¹¹ 55 % des femmes octogénaires vivent seules (source : Population et sociétés n°484, Ined, décembre 2011).

¹² Rapport du HCAAM et de la Cour des comptes précités. David D. Reuben in JAMA, déc. 2007, *Better Care for Older People With Chronic Diseases ; Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence - la cohorte Safes*, La presse médicale, 2009. Voir également bibliographie en annexe.

1.2. Ces besoins ne sont pas bien couverts par les modalités actuelles de prise en charge et de coordination

- [45] Les membres du comité ont rappelé plusieurs obstacles à une prise en charge optimale des personnes âgées par les professionnels de proximité. Les médecins estiment que le temps consacré aux démarches administratives et sociales est excessif. Les visites à domicile des personnes âgées prennent beaucoup de temps. Les infirmiers réalisent des toilettes qui pourraient, dans certains cas, être effectuées par d'autres acteurs.
- [46] Alors qu'elle devrait permettre une prise en charge globale impliquant les trois secteurs, la coordination des acteurs est éclatée, parcellaire, et trop tardive dans le parcours.
- [47] Depuis 2001, divers dispositifs ont été mis en place, mais sur des champs limités (sanitaire ou social, rarement les deux à la fois), des territoires souvent différents, avec plusieurs financeurs (assurance maladie, conseils généraux, Etat) et décideurs (conseils généraux, agences régionales de santé...).
- [48] Les 600 comités locaux d'information et de coordination (CLIC¹³) assurent un rôle d'information, d'orientation et de coordination à dominante sociale voire médico-sociale. Parmi les 700 réseaux de santé (dont 120 gérontologiques et 95 de soins palliatifs), chargés de la coordination sociale et médicale des cas complexes, certains ont développé une fonction d'expertise médicale en lieu et place des professionnels de santé de proximité¹⁴. Les dispositifs pilotés par des établissements de santé (filiales gériatriques), ou les services d'hospitalisation à domicile (HAD) sont souvent mal connus et sous-utilisés par les professionnels de proximité. Les 149 maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) expérimentées depuis fin 2008, et en cours de généralisation, se distinguent des structures de coordination classiques par leur fonction d'intégration des services d'aide et de soins¹⁵.
- [49] **Souvent multiples sur un même territoire, rares sont les coordinations qui parviennent à apporter ensemble une réponse unique et lisible aux personnes âgées, à leurs aidants et aux médecins traitants.**
- [50] Ces derniers peinent à activer les aides sociales en raison du manque d'information sur les ressources disponibles et de la lourdeur des tâches administratives. Parfois démobilisés par les réseaux, ils souhaitent continuer à suivre leurs malades complexes. L'expertise gériatrique est souvent peu lisible et insuffisamment réactive. L'accès aux psychothérapies et avis psychiatriques pour les personnes âgées reste difficile. Les transitions entre le domicile et l'établissement de santé, ne sont pas assez préparées, à la fois au moment de l'entrée en établissement et au moment de la sortie. Trop peu de sujets âgés bénéficient d'une éducation thérapeutique.

¹³ Dispositif décentralisé donc estimation difficile ; 564 à 624 dont 2/3 de niveau 3 (information, orientation, coordination). Source : DGCS

¹⁴ Ainsi que l'explique le tout récent cahier des charges des réseaux publié par la DGOS en octobre 2012.

¹⁵ Les MAIA offrent un guichet intégré pour l'analyse, l'orientation et le suivi des patients en perte d'autonomie (réponse harmonisée quel que soit le guichet), des questionnaires de cas pour les personnes en situation sociale ou médicale complexe nécessitant un monitoring rapproché de leur PPS, et assurent une véritable gouvernance.

- [51] L'accompagnement médico-social souffre de problèmes de gouvernance et de tarification¹⁶, conduisant à une augmentation du reste à charge, alors que la qualité de la prise en charge sociale est essentielle à l'état de santé. Les systèmes d'information, non communicants, souvent incompatibles, n'assurent pas d'échanges fluides entre acteurs. Il peut en résulter des pertes d'information, ruptures de prise en charge, redondances en évaluations et examens complémentaires, incompréhensions.

1.3. L'amélioration du parcours de santé en ville des personnes âgées passe par le développement de la coordination des acteurs à un double niveau

- [52] Les membres du comité s'accordent sur la nécessité de formaliser la mobilisation des acteurs de proximité au plus près de la personne âgée et le plus en amont possible de la perte d'autonomie. Le dispositif proposé ne vise pas à créer une nouvelle structure de coordination. Il a pour objet de permettre à chaque acteur, conforté dans son rôle propre et choisi par la personne âgée, d'apporter sa contribution à une équipe de soins animée par le médecin traitant et organisée en deux cercles de coordination : **la coordination clinique de proximité et la coordination territoriale d'appui** (cf. : schéma en annexe 2).

1.3.1. La coordination clinique de proximité

- [53] Le comité préconise tout d'abord la structuration, au plus près de la personne âgée, d'une coordination clinique de proximité rassemblant, autour du médecin traitant, un infirmier diplômé d'Etat (libéral ou coordinateur de SSIAD), un pharmacien d'officine et, le moment venu, un masseur kinésithérapeute ou un autre professionnel de santé devant intervenir régulièrement à domicile, tous ces professionnels étant choisis par la personne âgée. Les membres de cette coordination clinique de proximité, ou le généraliste et l'infirmier, devront établir des liens étroits avec la personne âgée, et, lorsqu'elle est en perte d'autonomie, sa famille, ses aidants, ou, à défaut, ses aides à domicile, afin que le médecin traitant soit alerté facilement en cas de problème et/ou puisse adapter les aides nécessaires. Les aides à domicile devront en référer à leur coordinateur selon des modalités préalablement définies pour alerter le médecin traitant ou la coordination clinique de proximité au bon moment et à bon escient.
- [54] Ce premier cercle est indispensable. Les récents modèles de coordination ont insuffisamment impliqué les acteurs de proximité.
- [55] Le fonctionnement de cette coordination de proximité suppose que chaque acteur soit recentré sur le plus haut niveau de ses compétences pour intervenir au bon moment dans le parcours de santé de la personne âgée (cf. : schéma en annexe 2).
- [56] Il appartient au médecin généraliste de réaliser le diagnostic, la prescription, la synthèse médicale, le suivi des malades chroniques complexes et de réaliser certaines visites à domicile, par exemple en cas d'événement de santé intercurrent.

¹⁶ Cf. rapport IGAS-IGF d'octobre 2010 sur les questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles.

- [57] A la demande du médecin généraliste, un infirmier (libéral ou coordinateur de SSIAD), choisi par la personne âgée, pourrait, notamment dans les zones sous-denses, contribuer à l'évaluation et au suivi des malades âgés complexes en effectuant certaines visites à domicile à partir d'éléments de surveillance définis avec le médecin généraliste (cf. : *infra* le plan personnalisé de santé). Par ailleurs, une clarification des rôles des différents acteurs dans la réalisation des soins d'hygiène est nécessaire. Il est proposé que l'infirmier, sur prescription médicale, évalue la situation et précise si les actes relèvent des infirmiers, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques ou d'aидants professionnels (auxiliaires de vie sociale, aide à domicile) ou de plusieurs de ces professionnels, en fonction des situations.
- [58] Le pharmacien a une place privilégiée dans le suivi des traitements des personnes âgées. Il dispose d'une information globale sur les traitements via son dossier pharmaceutique et joue un rôle de conseil dans l'automédication ; son implication devrait être renforcée dans les transitions domicile-établissement de santé.
- [59] D'autres professionnels ont un rôle essentiel dans la prévention de la perte d'autonomie : masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychothérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthodontiste, dentistes etc. En particulier, en ce qui concerne la prévention des chutes, le comité propose que soit réalisé, sur prescription du médecin traitant, un bilan, soit en hôpital de jour d'évaluation gériatrique, soit à domicile par le masseur-kinésithérapeute ou par un ergothérapeute notamment si l'habitat est mal adapté, afin que soit élaboré, autour du médecin traitant dans le cadre du PPS, un plan d'actions définissant les rôles des différents acteurs (comprenant éventuellement aussi un psychomotricien, un ergothérapeute, un diplômé en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), un éducateur médico-sportif), avec un volet éducation thérapeutique.
- [60] Il conviendrait de veiller à ce que les prestations de ces professionnels soient disponibles sur le territoire pilote. En outre, le comité souhaite que la HAS définisse des indications qui permettront d'envisager, dans certaines conditions, la prise en charge de celles de ces prestations qui ne sont actuellement pas remboursées par l'assurance maladie (cf. : *infra*).
- [61] Par ailleurs, le comité souligne l'importance de la fonction de repérage, d'alerte et de suivi par les professionnels de proximité. A cet égard, il estime nécessaire que tous les salariés des services d'aide à domicile (SAAD) soient formés au repérage simple et à l'alerte sur des difficultés de tous ordres et de situations de rupture à partir d'une grille simple partagée par tous les acteurs de l'équipe de proximité (médecins traitants, professionnels paramédicaux et aides à domicile). Dans la continuité des travaux du Pr Bruno Vêlas et sous réserve de leurs conclusions définitives, les médecins traitants orienteront les personnes âgées qu'ils auront identifiées comme étant fragiles vers les hôpitaux de jour gériatriques pour évaluation. Une évaluation simplifiée de la fragilité pourrait également être réalisée par les infirmières libérales formées à cet effet (cf. : projet de protocole de coopération en cours de discussion avec la HAS).
- [62] Enfin, ce modèle de coordination clinique de proximité devra tenir compte des spécificités territoriales (existence de maisons, pôles ou centres de santé, ainsi que d'unité de vie ou foyer de vie pour personnes âgées ou dépendantes).

1.3.2. La coordination territoriale d'appui

- [63] Afin de pouvoir mobiliser facilement et rapidement les aides sociales et médicales complémentaires, ainsi que l'expertise gériatrique lorsque la situation l'impose, le comité considère que cette équipe de proximité doit pouvoir s'appuyer, quand elle le souhaite, sur une **coordination territoriale d'appui**.

- [64] A caractère à la fois social et sanitaire, assise sur un territoire plus étendu¹⁷ que celui de la coordination de proximité, cette coordination territoriale d'appui permettrait de mieux gérer la complexité sociale et sanitaire des parcours de santé des personnes âgées. Elle facilitera la tâche de toutes les personnes impliquées au plus près des personnes âgées, aussi bien des professionnels de proximité que des aidants.
- [65] S'appuyant sur les dispositifs de coordination et d'intégration déjà existants, elle ne constituera pas une nouvelle structure, mais pourra être portée, soit par un dispositif de coordination ou d'intégration déjà en place (réseau, filière gérontologique, MAIA, CLIC de niveau 3), soit par un regroupement de plusieurs de ces dispositifs qui s'ajusteraient pour répondre au cahier des charges. Elle aura pour finalité d'assurer le lien et la cohérence entre les différents dispositifs de coordination (réseaux, filières, CLIC) et d'intégration (MAIA) existants et ainsi de formaliser le travail à plusieurs des acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. A terme, l'objectif pourrait être de regrouper les dispositifs de coordination et d'intégration existant sur le territoire pour rendre le dispositif plus lisible pour tous.
- [66] La coordination territoriale d'appui, en s'appuyant sur les ressources existantes du territoire, rendra huit types de services pour les personnes âgées, leurs aidants et les professionnels. Ces services recourent, pour l'essentiel, ceux actuellement assurés par les dispositifs d'intégration et de coordination évoqués *supra*.
- [67] **Pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants**, un guichet intégré, ainsi qu'un annuaire simplifié accessible sur internet et devant être mis à jour régulièrement, permettront de simplifier les parcours.
- [68] **Pour les professionnels**, les services suivants pourront être assurés grâce à un numéro unique sur le territoire pilote, ouvert sur des plages horaires étendues, y compris les week-ends, et à des accueillants formés :
- Information et orientation des professionnels 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, spécifique pour les professionnels, devant être mis à jour régulièrement ;
 - Activation des aides sociales en s'appuyant sur des coordinateurs d'appui sociaux (par exemple des CLIC ou des réseaux), qui réaliseront toutes les démarches administratives nécessaires et participeront, à ce titre, au plan personnalisé de santé ;
 - Aiguillage, à la demande des acteurs de la coordination clinique de proximité, vers :
 - Une offre d'éducation thérapeutique personnalisée, qui sera notamment axée sur les problèmes liés au médicament, la dénutrition et les chutes et pourra être assurée par les acteurs libéraux formés ou par une offre territoriale spécifique,
 - des prestations complémentaires (psychothérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et diététiciens) conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
 - Activation de l'expertise gériatrique, à deux niveaux :
 - Activation de coordinateurs sanitaires (réseau ou équipe mobile gériatrique externe), pour élaborer lors d'une visite à domicile le plan personnalisé de santé dans les situations compliquées et en cas d'indisponibilité de l'équipe de proximité ;
 - Optimisation du recours à la filière gériatrique: évaluation en consultation ou hôpital de jour, suivi en hôpital de jour, hospitalisation programmée ; ou, éventuellement via le numéro d'astreinte du gériatre de la filière, admission directe en unité de gériatrie aiguë ou en soins de suite et de réadaptation sans passage par les urgences ;

¹⁷ « *infra*-territoire de santé » qui devra être défini par les ARS (de 40 000 habitants en milieu rural à 300 000 en milieu urbain).

- Activation de l'expertise psychiatrique, en soins palliatifs et de l'hospitalisation à domicile ;
- Interface avec l'établissement de santé, qu'il s'agisse :
 - du passage aux urgences ou de l'admission dans un service hospitalier (sous réserve de l'accord exprès des personnes âgées, elle communiquera aux établissements de santé les noms et les coordonnées de leur aidant principal et /ou des acteurs des coordinations cliniques de proximité pour éviter une rupture dans leur prise en charge ; par exemple, repérage pour obtenir la synthèse médicale ou du pharmacien pour l'historique des médicaments délivrés),
 - de l'organisation de la sortie de façon réactive dans de bonnes conditions (trouver un médecin traitant, des coordinateurs sociaux...), le cas échéant en liaison avec les dispositifs de retour à domicile mis en place par les organismes de sécurité sociale (cf. : allocation de retour à domicile après hospitalisation - ARDH servie par les caisses d'assurance retraite et de santé au travail-CARSAT, programme de retour à domicile – PRADO servi par les caisses primaires d'assurance maladie - CPAM).

[69] Le responsable de l'organisation et de la mise en œuvre de la coordination territoriale d'appui sera l'un des acteurs de la coordination sur le territoire.

[70] Le responsable de la coordination territoriale d'appui s'appuiera sur un dispositif de type « table tactique » rassemblant des représentants des professionnels des trois secteurs et des usagers (notamment CODERPA – comité départemental des retraités et personnes âgées) pour assurer le pilotage de la prise en charge des personnes âgées avec une responsabilité populationnelle. L'objectif sera, à partir d'un diagnostic territorial fin, d'assurer la couverture des besoins sociaux et sanitaires des personnes âgées tôt dans le parcours, dans une logique de prévention, et de répondre aux attentes de leurs aidants et des professionnels des trois secteurs (y compris établissements de santé et EHPAD). La coordination territoriale d'appui favorisera l'acculturation réciproque des acteurs aux contraintes inhérentes à chaque secteur. Ceci suppose à la fois des actions de communication et de formation des acteurs ainsi que des outils d'évaluation et de pilotage. Agissant selon un principe de subsidiarité, elle soutiendra les professionnels de proximité tout en veillant à ne pas s'y substituer ni à les démobiler.

1.4. La réussite de ce modèle suppose de réunir cinq conditions préalables

1.4.1. La formalisation du travail à plusieurs passe par l'implication des acteurs dans un plan personnalisé de santé

[71] La construction d'un plan personnalisé de santé (PPS), combinant accompagnement et soins dont l'éducation thérapeutique, est une œuvre collective.

[72] Le comité propose qu'elle mobilise d'abord la coordination clinique de proximité, renforcée si nécessaire par la coordination territoriale, dans une dynamique évolutive tenant compte de l'état de la personne âgée et de la bonne exécution des actions ciblées qui y sont détaillées¹⁸.

[73] Le PPS devra définir des indicateurs simples de suivi pour chaque acteur impliqué. Il sera piloté par le médecin traitant et mis en œuvre par plusieurs professionnels des trois secteurs. Son élaboration nécessitera au préalable 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.

¹⁸ Le PPS peut être initié par l'établissement de santé (cf. : *infra*)

- [74] La coordination d'appui pourra être mobilisée à l'initiative du médecin traitant pour en élaborer le volet social après une visite à domicile et, pour les cas les plus complexes ou lorsque l'équipe de proximité sera indisponible, pour établir le volet soins en faisant appel à la filière gériatrique ou à un réseau de santé¹⁹.
- [75] Pour les malades hospitalisés, le PPS sera élaboré ou initié en milieu hospitalier (cf. : 2.2), puis affiné ou ajusté par l'équipe de proximité lors d'une réunion de concertation pluri professionnelle.
- [76] L'intervention d'autres professionnels pour des prestations dérogatoires (ex. : diététicienne, psychologue, ergothérapeute,...) pourra être sollicitée.
- [77] Le contenu du PPS, dont les principales rubriques devront à terme être conformes à un modèle élaboré par la HAS (cf. : *infra* 4.1), s'inspirera de modèles existants. Il sera formalisé après concertation avec la personne âgée, stabilisé et ajusté lors de réunions de coordination pluri professionnelle.
- [78] En tout état de cause, sauf pour les personnes âgées en perte d'autonomie dont les situations sont les plus complexes, et pour lesquelles un « monitoring » rapproché du PPS sera réalisé par les gestionnaires de cas, le suivi du PPS sera assuré par l'équipe de proximité, qui devra, pour les personnes en perte d'autonomie, veiller à la bonne articulation du PPS avec le plan d'aide mis en place dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie. L'infirmier a un rôle privilégié dans le suivi des PPS des personnes âgées du fait de leur poly pathologie. Le PPS serait réévalué après un séjour hospitalier et lors de changement de l'état de santé et au minimum une fois par an.

1.4.2. L'amélioration des pratiques professionnelles, essentielle à l'optimisation des parcours, passe par une formation pluri professionnelle

- [79] Le comité propose que la formation soit définie au niveau national, adaptée au niveau local et mise en œuvre dans le cadre du développement professionnel continu pluri professionnel au niveau de chaque territoire pilote. Cette formation doit impliquer la filière gériatrique. A l'entrée dans le dispositif, elle sera axée sur le PPS, les quatre facteurs de risque d'hospitalisation évitables des personnes âgées (en commençant par les problèmes liés aux médicaments) et l'usage des systèmes d'information. Une formation à l'éducation thérapeutique ciblée sur les personnes âgées poly pathologiques sera proposée aux acteurs libéraux.
- [80] Une formation continue, régulière est également indispensable pour renforcer la dynamique d'acteurs, améliorer les pratiques et ajuster l'offre aux besoins des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels. Elle pourrait se concevoir à partir de retours d'expérience, notamment autour des transitions domicile-établissement de santé et associerait le maximum d'acteurs des champs sanitaires et sociaux, dans une logique de prévention des situations de rupture.

¹⁹ Des infirmiers gériatriques (coordinateurs d'appui à valence sanitaire) ou un gériatre assureraient cette fonction en se déplaçant au domicile.

1.4.3. La fluidification du parcours suppose aussi de créer des conditions favorables au bon fonctionnement des services d'aide à domicile

- [81] Le rôle de repérage, d'alerte et de suivi des services d'aide à domicile a été souligné à plusieurs reprises. Il est essentiel que tous les salariés des services d'aide à domicile (SAAD) sachent participer au repérage des difficultés de tous ordres à partir d'une grille simple, partagée par tous les acteurs de l'équipe de proximité (médecins traitants, professionnels paramédicaux et aides à domicile). Il est également essentiel que les signaux d'alerte en cas de changement de l'état de la personne soient bien transmis par ces salariés, via le moyen le plus approprié et bien pris en compte par les acteurs de la coordination clinique de proximité. La mise en place d'une messagerie sécurisée (cf. *infra*) devrait donner une plus grande lisibilité à ces signes d'alerte transmis par les aides à domicile aux médecins traitants. Une procédure de transmission d'informations précisant les informations partagées, les modalités de transmission et les moyens d'échanges sera formalisée.
- [82] La qualité de l'activation des aides sociales dépend aussi des moyens financiers qui peuvent être mobilisés sur le territoire (cf. : *infra*) et de l'amélioration de la gouvernance des SAAD et des SSIAD qui gagneraient à se rapprocher dans le cadre de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ou, au minimum, à améliorer la coordination de leurs actions.
- [83] La question du financement des aides à domicile a été plusieurs fois évoquée au sein des ateliers, la tarification actuelle étant jugée insatisfaisante²⁰. A cet égard, les territoires qui le souhaitent gagneraient à expérimenter la réforme de la tarification des services d'aide à domicile prévue par l'article 150 de la loi de finances pour 2012, dont tous les enseignements devront être tirés.
- [84] Mais surtout, afin de pallier les insuffisances des aides sociales actuelles (ou la difficulté de les mobiliser dans des délais *ad hoc*), le comité estime nécessaire que l'ensemble des financeurs de fonds sociaux sur le territoire (ARS, Conseil général, Communes/centres communaux d'action sociale-CCAS, caisses de sécurité sociale, organismes complémentaires...) s'engagent, dans le cadre d'un protocole commun, à recenser les offres d'aide sociale existantes pour les personnes âgées et à se coordonner pour améliorer l'articulation et l'activation des fonds sociaux. Ce protocole préciserait les engagements annuels de chacun des financeurs.
- [85] Ces derniers pourraient, par exemple, mettre en place une aide personnalisée au maintien ou au retour à domicile qui serait demandée par l'équipe de proximité ou l'équipe hospitalière préparant le retour à domicile et attribuée par les coordinateurs sociaux de la coordination territoriale d'appui. Une délégation de gestion serait accordée au conseil général qui dans tous les cas assurerait le paiement de l'aide, en numéraire si nécessaire, par l'instauration d'une régie d'avances, la dépense avancée étant ensuite compensée dans les conditions fixées par le protocole par les autres financeurs. Cette aide, qui pourrait être réservée aux personnes de 75 ans ou plus dont les revenus imposables seraient inférieurs ou égaux à 1300 € par mois permettrait de débloquer, en urgence, sans formalité administrative préalable particulière, les aides sociales et techniques immédiates nécessaires pour le retour à domicile (par exemple : réalisation des doubles de clé confiés pour les intervenants au domicile, approvisionnement en produits alimentaires ou de première nécessité, portages de repas, rétablissement de l'eau/gaz/électricité/chauffage après une absence prolongée, petits aménagements ou aménagements courants du domicile (main courante, barre d'appui, déambulateur, lève malade, chauffage d'appoint, lave-linge...).

20 Cf. : trois rapports sur le sujet : IGAS-IGF *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, 2011 ; Rapport relatif aux difficultés financières et à la tarification de l'aide à domicile, Bérange Poletti, Députée des Ardennes, janvier 2012 ; Rapport de l'ADF de mars 2012 *Refonder l'aide et l'accompagnement à domicile*

[86] Une solution alternative pourrait consister à ce que les territoires pilotes en accord avec la CNAVTS, expérimentent une forme d'ARDH élargie et adaptée aux besoins sociaux des personnes âgées quel que soit le niveau de perte d'autonomie.

1.4.4. Les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées doivent pouvoir utiliser les SI et les maîtriser (cf. : partie relative aux SI)

1.4.5. Les différents niveaux de coordination devront être valorisés financièrement

[87] Pour améliorer le travail en commun des acteurs dans le cadre de la coordination clinique de proximité, le comité considère que les temps de coordination pluri professionnelle, de formation et d'éducation thérapeutique personnalisée mériteraient d'être valorisés financièrement.

[88] A cet égard, le comité souhaite que les négociations conventionnelles qui seront menées par la CNAMTS dans le cadre de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 permettent de reconnaître la coordination comme faisant partie du soin et aboutissent avant la fin du premier semestre 2013. L'objectif est de faire en sorte que le travail des acteurs de la coordination clinique de proximité (notamment réunions de coordination comprenant l'élaboration du plan personnalisé de santé), puisse être rémunéré sur la base d'indicateurs à la fois de processus et de résultats (cf. : partie sur l'évaluation).

[89] Par ailleurs, la négociation en cours sur le rôle des pharmaciens pourrait utilement tenir compte de la fonction confiée au pharmacien dans le cahier des charges des projets pilotes.

[90] De même, plusieurs incitations financières devront également être définies dans le cadre de la coordination territoriale d'appui et être prises en compte dans le cadre de l'enveloppe spécifique du FIR pour les projets pilotes.

[91] Ainsi, les ARS devront être en mesure, grâce au fonds d'intervention régional, de valoriser les actions de rapprochement des structures de coordination et d'intégration territoriale pour assurer une coordination territoriale d'appui permettant de remplir de manière simple et lisible les fonctions décrites *supra*.

[92] En outre, le comité souhaite que la HAS définisse des indications précises sur certaines prestations non prises en charge par l'assurance maladie mais qu'il juge essentielles à l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées (prestations des psychothérapeutes, diététiciennes, ergothérapeutes, psychomotriciens) afin qu'elles puissent être rémunérées sur le fonds d'intervention régional, dans le cadre de la coordination territoriale d'appui. Cela suppose, au préalable, une modification de l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale.

[93] Enfin, le comité souhaite que les systèmes d'incitation financière tels que le paiement à la performance tiennent compte des besoins informatiques sur les parcours.

1.5. Recommandations en vue de la généralisation des projets pilotes

Recommandation n°1 : Au-delà des projets pilotes, encourager les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées sur l'ensemble du territoire à suivre, dans le cadre du développement professionnel continu pluri professionnel, une formation leur permettant d'adapter leurs pratiques professionnelles à la logique de parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en particulier :

- au repérage et à la prévention des facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées,

- à l'éducation thérapeutique du sujet âgé,
- à la prescription médicamenteuse du sujet âgé,
- à la coordination des acteurs,
- à l'optimisation des relations entre la ville et l'hôpital,
- à la maîtrise des systèmes d'informations,
- à la rédaction de documents de synthèse dans une logique de parcours.

Recommandation n°2 : Inscrire dans l'arrêté relatif à la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) pluri professionnel une formation permettant de contribuer à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Recommandation n°3 : Intégrer dans les diagnostics territoriaux des ARS les questions :

- de disponibilité des ressources et d'accessibilité financière des professions médicales et paramédicales impliquées dans la prise en charge des personnes âgées au-delà des médecins, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des gériatres : psychothérapeutes, psychiatres, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens, dentistes, stomatologues, ophtalmologistes... ; une attention particulière devra être accordée à la question de la prévention et des soins bucco-dentaires des personnes âgées ;
- de la répartition du rôle des différents acteurs d'une part dans les soins d'hygiène (infirmiers, aides soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale...) et d'autre part dans la prévention des chutes (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, STAPS...).

Recommandation n°4 : Procéder à l'évaluation de l'expérimentation de la réforme de la tarification des SAAD dans le cadre de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 et en tirer toutes les conséquences.

Recommandation n°5 : En vue d'une expérimentation dans le cadre des projets pilotes, mener des travaux techniques sur le modèle économique et les modalités de mise en œuvre d'une coordination étroite (type SPASAD) entre une organisation de professionnels libéraux et un service à la personne afin de favoriser la prise en charge globale de la personnes âgée à domicile.

2. AMELIORER LES PRISES EN CHARGE EN ETABLISSEMENT ET ORGANISER UN PARCOURS FLUIDE ENTRE LE DOMICILE, LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET TOUTES LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT

[94] L'enquête nationale réalisée pour la DGOS dont les résultats ont été transmis en 2011 a montré que 10,3% des lits sont occupés de façon inadéquate (à la fois en ce qui concerne les admissions et les journées), un jour donné à l'hôpital, « 5% dans les strates de chirurgie et 17,5% dans les strates de médecine ». Les auteurs évaluent le coût de ces inadéquations à 2,35 milliards d'euros, porté pour plus de 80% par la médecine.²¹

[95] Par ailleurs, deux rapports de l'IGAS de 2011²² précisent que la prise en charge globale des personnes âgées peut être améliorée par une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux. Cette coordination des acteurs doit favoriser le décloisonnement des pratiques et le partage des savoirs et des savoir faire.

²¹ Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : mesure des inadéquations et coût des inadéquations hospitalières. Cette enquête ne concernait pas que les personnes âgées.

²² RM2011-064P et RM2011-040P déjà cités.

- [96] Fort de ces constats, le comité a axé sa réflexion sur le fait que le recours à l'hospitalisation ne se justifie que lorsque l'établissement de santé est la meilleure réponse dans le parcours de santé des personnes âgées. Il peut s'agir d'épisodes aigus qui n'ont pu être évités, ou d'une prise en charge spécialisée nécessitant un plateau technique et des compétences spécifiques. Ainsi, l'optimisation du parcours de santé des personnes âgées ne vise pas tant à éviter le recours à l'hospitalisation que de le rationaliser : l'accès à l'établissement de santé ne peut trouver sa pertinence dans la défaillance des autres acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social mais uniquement lorsqu'il constitue la bonne réponse. De même, le séjour ne doit pas durer plus que nécessaire. Enfin, l'hospitalisation de jour doit être privilégiée, en chirurgie et en médecine, dès lors qu'elle est possible et que les patients y sont favorables. Outre l'aspect économique évident que recouvrent ces objectifs, il s'agit surtout ici d'améliorer la prise en charge des personnes, d'éviter les affections nosocomiales et de prévenir la perte d'autonomie et les complications induites par l'hospitalisation.
- [97] L'objectif d'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes âgées et de réduction au strict nécessaire de leur durée de séjour a été le fil conducteur des travaux du comité concernant les établissements de santé. L'optimisation de la prise en charge des résidents en EHPAD, afin de réduire le recours à l'hospitalisation quand elle peut être évitée, a également guidé ses réflexions. Quel que soit le lieu de vie (domicile, EHPAD), la prévention des facteurs de risque de perte d'autonomie ou de son aggravation a été un souci constant. De plus, l'amélioration du parcours en établissement de santé doit permettre de mieux prendre en compte le rôle et les préoccupations des aidants.
- [98] Les expérimentations d'amélioration des transitions ville-hôpital issues de l'article 70 de la LFSS pour 2012 ainsi que les initiatives déjà mises en œuvre par les établissements et les ARS sur le territoire ont participé à la réflexion du comité. Leur évaluation devra permettre d'enrichir les projets pilotes.

2.1. Mieux adapter l'établissement de santé à la spécificité des personnes âgées

- [99] Pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé, le comité estime que le niveau stratégique et le niveau opérationnel des établissements doivent être fortement impliqués dans l'amélioration des parcours et que les établissements doivent s'organiser pour diffuser la culture gériatrique dans l'ensemble des unités et mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique.

2.1.1. Mobiliser la communauté hospitalière autour de la prise en charge des personnes âgées par une gouvernance adaptée

- [100] S'il est indispensable que le niveau stratégique des établissements de santé soit pleinement engagé dans les « projets parcours », pour piloter les objectifs, suivre les indicateurs, être le référent de l'ARS etc., il est tout autant nécessaire que le niveau opérationnel soit pleinement investi pour mettre en œuvre des actions concrètes d'amélioration du parcours et de la prise en charge des personnes.
- [101] C'est pourquoi les établissements s'impliqueront au niveau stratégique et opérationnel pour mettre en œuvre l'ensemble des mesures visant à améliorer les prises en charge en établissement de santé et les transitions « ville hôpital ».

[102] Cet engagement 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 (comités de lutte contre les infections nosocomiales - CLIN, comité de lutte contre la douleur - CLUD, comité de liaison alimentation nutrition - CLAN etc.). Cette commission aurait pour mission générale de veiller à la mise en place d'une politique gériatrique active au sein des établissements telle que définie aux points 2.1 et 2.2. Cette commission pourrait également avoir pour fonction de travailler de façon régulière avec des médecins libéraux, sur des thématiques du parcours des personnes âgées identifiées en commun. La mission générale de cette commission pourrait être relayée et complétée au sein des structures internes de médecine et de chirurgie accueillant des patients de plus de 75 ans, par la mise en place des « référents » gérontologiques. Ces derniers, cadres de santé, infirmières, médecins et/ou assistantes sociales seraient chargés de :

- s'assurer de la réalisation du repérage des patients présentant des risques particuliers, de la réalisation de l'évaluation gériatrique en lien le cas échéant avec l'équipe mobile de gériatrie et de l'évaluation gériatrique pré opératoire (cf. : *infra*) ;
- veiller à l'application des référentiels de bonne pratique et à la préparation des sorties telle que décrite *infra* ;
- informer la commission de coordination gériatrique des dysfonctionnements observés.

[103] Ces référents pourraient être les interlocuteurs privilégiés de la coordination territoriale d'appui et des professionnels externes à l'établissement de santé en charge des programmes d'accompagnement de retour à domicile, en veillant à ne pas déresponsabiliser les autres personnels des structures internes.

[104] Enfin, les établissements pourraient également sensibiliser l'ensemble du personnel, via des actions de communication et de formation, au parcours de santé des personnes âgées.

2.1.2. Mieux repérer et mieux évaluer les personnes âgées au sein des établissements

[105] Pour améliorer le parcours interne des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, la première étape est de les repérer, la seconde est d'évaluer leurs besoins et la troisième est d'adapter la réponse aux besoins ainsi identifiés en veillant à prévenir, dans la mesure du possible, toute dégradation de leur état de santé en lien avec le séjour en établissement de santé. L'hôpital de jour doit jouer un rôle important dans l'évaluation de la fragilité (cf. : les travaux du Pr Bruno VELLAS) et l'évaluation gériatrique des patients ambulatoires. Concernant les patients hospitalisés, d'autres acteurs vont être mobilisés de façon privilégiée.

[106] Ainsi, en l'absence d'informations transmises par la coordination clinique de proximité ou la coordination territoriale d'appui, les établissements de santé procéderont, 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 dont l'hospitalisation n'est pas programmée²³, en perte d'autonomie avant l'hospitalisation ou à risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation.

[107] Il s'agit de repérer :

- d'une part les personnes âgées dont les capacités à l'accomplissement des principaux actes de la vie quotidienne étaient altérées avant l'hospitalisation (15 jours avant) ;
- d'autre part les patients fragiles, autonomes avant l'hospitalisation, mais susceptibles de perdre leur autonomie ou leurs réserves fonctionnelles pendant ou à l'issue de l'hospitalisation.

²³ Est considérée comme non programmée, une hospitalisation qui n'a pu être planifiée en raison de son caractère imprévisible (situation de crise, défaillance d'organe...). Par conséquent, il peut s'agir d'hospitalisations via les urgences mais également d'hospitalisations avec accès direct dans une unité de soins ayant la disponibilité en lits et contactée à cet effet.

- [108] 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. Les personnels qui effectueront ce repérage devront être formés à l'utilisation de l'outil retenu. Le comité a évoqué, entre autres outils, l'échelle d'autonomie de Katz pour les activités de base de la vie quotidienne (index of independance in activities of daily living ou ADL)²⁴ et les 10 variables discriminantes de la grille AGGIR qui se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique, et sont utilisées pour le calcul du GIR²⁵.
- [109] Par ailleurs, les établissements mettront en œuvre, dans toutes les unités de MC, une évaluation gériatrique selon une approche graduelle. Ils déclencheront, au vu des résultats du repérage sus mentionné, une évaluation simple par une infirmière. En fonction des résultats de cette dernière, ils recourront ou non à l'expertise gériatrique de l'équipe mobile gériatrique (EMG). La détection des troubles sensoriels devra faire l'objet d'une attention particulière.
- [110] Pour mémoire (cf. : circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques), les EMG ont pour missions :
- de dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
 - de contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
 - de les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux de proximité ;
 - de participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordinations gérontologiques, services sociaux, SSIAD, réseaux de santé) ;
 - de conseiller, informer et former les équipes soignantes.
- [111] Dans le cadre des projets pilotes, elles s'appliqueront plus particulièrement à :
- vérifier l'optimisation diagnostique et thérapeutique en s'appuyant sur les outils à disposition tels que la prescription médicale chez le sujet âgé (PMSA) ;
 - former les équipes médicales de l'ensemble de l'établissement à l'application de cette procédure d'évaluation mais également à l'éducation thérapeutique. Il conviendra pour cela de disposer de médecins gériatres ayant acquis les compétences dans ces domaines (optimisation diagnostique et thérapeutique, évaluation gériatrique, éducation thérapeutique) et la maîtrise des outils (PMSA, outils du programme OMAGE par exemple). Ces médecins devront également accompagner si nécessaire les référents gérontologiques au déploiement des programmes d'amélioration des pratiques (tel que Mobiquat par exemple).
- [112] Cette expertise gériatrique permettra de renseigner le compte rendu d'hospitalisation et le cas échéant le plan personnalisé de santé.
- [113] L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) pourra recourir à l'hospitalisation de jour dans les situations où elle est déjà utilisée (oncogériatrie) ou à distance de l'hospitalisation à temps complet.

²⁴ Il s'agit d'une échelle permettant de mesurer l'autonomie des personnes âgées reposant sur les items suivants : hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence, repas.

²⁵ Cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance (téléphone, alarme, sonnette...).

- [114] Les infirmières qui assureront l'évaluation simple devront y être formées. Cette évaluation doit se baser sur un outil unique pour l'ensemble de l'établissement, facile d'utilisation, et applicable en un temps réduit (moins de 10 minutes). Le comité a évoqué l'usage possible du Clinical Impression Measure for Frailty qui considère six domaines intrinsèques (mobilité, équilibre, force, endurance, nutrition et les performances neuromusculaires) et sept domaines conséquents (la complexité médicale, l'utilisation des ressources de santé, l'apparence, la perception de son état de santé, la réalisation des activités de la vie quotidienne, et le statut émotionnel et social) ainsi que celui d'une version modifiée ou révisée de la grille SEGA ou une mini-EGS. L'EMG quant à elle aura recours aux échelles de l'évaluation gériatrique standardisée.
- [115] En parallèle, les établissements mettront en œuvre la réalisation de 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 à des consultations gériatriques (cf. : schéma en annexe 4).

2.1.3. Mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique au sein des établissements de santé

- [116] Afin d'améliorer la prise en charge hospitalière, les établissements s'organiseront pour diffuser la culture gériatrique dans l'ensemble des unités et mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique. Pour ce faire, les établissements devront réduire le risque iatrogénique médicamenteux à l'admission, au cours du séjour (en MC, soins de suite et réadaptation - SSR, unités de soins de longue durée – USLD, HAD) et à la sortie de l'établissement de santé. Cela pourra passer par la mise œuvre de la conciliation médicamenteuse²⁶, la désignation de médecins référents au sein des structures de MC, l'implication particulière du pharmacien vis-à-vis de ces patients, l'application des référentiels de la HAS qui visent à optimiser la prescription médicamenteuse tels que la PMSA et la transmission des décisions thérapeutiques au médecin traitant. Le lien avec le pharmacien d'officine de la coordination clinique de proximité pourra également être renforcé (cf. : partie 1).
- [117] Les établissements mettront également 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. Cette politique de prévention active suppose de déployer dans l'ensemble des services accueillant des personnes de plus de 75 ans les référentiels de bonne pratique orientés vers les thèmes suivants : risque iatrogénique médicamenteux, dénutrition, plaies de pression, risque infectieux, prévention des chutes, désafférentation sensorielle... Ces thèmes doivent être priorités dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) des personnels hospitaliers. La formation cognitive relative à ces thématiques pourra s'appuyer sur le dispositif trans-innov-longévité (TIL)²⁷ qui, en déployant des formations à distance, sera accessible à tout professionnel de santé.

²⁶ 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.

²⁷ Le projet TIL modélise un dispositif de formations à distance, interuniversitaires transversales, adaptées tant aux formations initiales qu'aux formations tout au long de la vie dans le champ des métiers du grand âge et de la gérontologie.

2.1.4. Suivre et évaluer des indicateurs de prise en charge au sein des établissements de santé

- [118] Le comité estime que les établissements ont tout intérêt à mesurer les effets de l'hospitalisation sur les personnes âgées qu'ils accueillent. Cette démarche doit permettre une meilleure prise en compte de la communauté hospitalière vis-à-vis des spécificités des patients âgés et ainsi d'orienter la prévention et la prise en charge.
- [119] Les établissements réduiront donc le risque de perte d'autonomie « nosocomiale ». Pour ce faire, ils devront définir un système de suivi et d'analyse pluri professionnelle 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 pourront par exemple s'appuyer sur la confrontation des résultats de la mesure de la perte d'autonomie réalisé à l'entrée (lors du repérage, cf. : *supra*) et à la sortie de l'établissement. Ces informations doivent être intégrées au dossier hospitalier informatisé du patient pour permettre leur suivi et leur analyse en routine. Ainsi, ils doivent pouvoir servir à l'évaluation globale des projets pilotes.
- [120] Les établissements suivront le taux de ré hospitalisation à un mois des personnes âgées (qui constituera un des principaux indicateurs de l'évaluation des projets pilotes cf. : *infra*)²⁸ et organiser en interne le suivi des dysfonctionnements ayant amené à ces ré hospitalisations.

2.2. Favoriser la coordination entre la ville, les EHPAD et les établissements de santé

- [121] Les transitions « ville-hôpital » sont depuis longtemps identifiées comme des points de rupture majeurs dans le parcours des personnes âgées. Leur amélioration passera par l'engagement de tous les acteurs et par un meilleur échange d'information.

2.2.1. Améliorer les conditions d'entrée dans les établissements de santé

- [122] Dans le cadre des parcours de santé, les filières courtes, c'est-à-dire, hors passage par les urgences, doivent être privilégiées. Un meilleur échange d'information, plus fréquent et pertinent, entre les acteurs de la ville et des établissements de santé (cf. : *infra*) permettra d'anticiper les prises en charge notamment en urgence et de faciliter l'accès direct aux structures internes de court séjour gériatrique (ou en SSR ou en HAD si l'indication le justifie). De plus, chaque établissement mettra en place un numéro unique vers le gériatre d'astreinte au sein de la filière gériatrique. Ce numéro sera accessible aux médecins traitants, aux autres membres de coordination clinique de proximité, à la coordination territoriale d'appui et à l'équipe médico-soignante de l'EHPAD.
- [123] Le comité a également insisté sur le fait que lorsque le passage par les urgences est nécessaire, il doit se faire dans les meilleures conditions possibles. C'est pourquoi les établissements amélioreront l'accueil des personnes âgées aux urgences par la désignation d'une infirmière référente en gériatrie, le recours organisé à l'EMG, la collaboration avec la coordination territoriale d'appui afin d'obtenir des informations sur la personne etc. A toutes fins utiles, il est rappelé que le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et le service d'aide médicale urgente (SAMU), dans le cadre des prises en charge en urgence, peuvent accéder au DMP des patients lorsque ceux-ci en possèdent un. Ils peuvent ensuite partager ces informations avec les urgentistes.

²⁸ L'établissement pourra suivre également les réhospitalisations à 3 et/ou 6 mois en fonction des indicateurs qui seront retenus dans le cadre de l'évaluation.

2.2.2. Améliorer les conditions de sortie des établissements de santé

[124] Concernant la sortie hospitalière, la réflexion du comité s'est fondée sur la nécessité de préparer très en amont le retour à domicile et d'échanger rapidement les informations utiles et à l'éventuelle adaptation du domicile. Les établissements renforceront les dispositifs de sortie existants à travers :

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

[125] Une fois cette identification réalisée, les établissements assureront les démarches nécessaires à la préparation du retour à domicile et transmettront les informations aux acteurs du domicile à travers :

- l'instruction le cas échéant du plan personnalisé de santé des personnes à partir de l'évaluation gériatrique sus mentionnée ;
- la préparation du retour à domicile et/ou la transmission à la coordination clinique de proximité des informations lui permettant 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 ;
- l'adressage, lors de la sortie du patient, du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant et le cas échéant à la coordination territoriale d'appui (dans le respect des règles déontologiques) ou à l'EHPAD ;
- la sollicitation de la coordination d'appui territoriale pour les situations complexes, en lien et si possible avec l'accord du médecin traitant ;
- l'utilisation des outils d'aide à l'orientation existant sur le territoire (Trajectoire par exemple) ;
- le recours, le cas échéant en lien avec la coordination territoriale d'appui, aux outils d'aide au retour à domicile après hospitalisation existant sur le territoire, notamment ceux développés par les caisses primaires d'assurance maladie (programme de retour à domicile – PRADO - en orthopédie et en insuffisance cardiaque, notamment) et par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (allocation de retour à domicile après hospitalisation – ARDH). Les établissements doivent veiller à diffuser en interne l'information sur l'existence, les services rendus et les modalités pratiques de recours à ces programmes.

[126] Ces objectifs pourraient notamment être mis en œuvre par les référents gérontologiques des unités MC sus mentionnés, une cellule d'ordonnancement de la sortie, le service social etc. Des réunions de synthèse relatives aux sorties complexes sur le modèle de celles organisées en SSR pourraient également être organisées régulièrement.

[127] En tout état de cause, le comité souligne l'intérêt des dispositifs développés par la CNAMTS et la CNAVTS pour le retour à domicile :

- le dispositif PRADO permet l'organisation par un conseiller de l'assurance maladie d'une offre de services à la fois médicaux et sociaux pour le retour à domicile des patients ayant été hospitalisés dès leur sortie de l'hospitalisation, cela afin de minimiser le risque de ré-hospitalisation ; ce dispositif aujourd'hui limité, s'agissant des personnes âgées, à l'orthopédie et à l'insuffisance cardiaque, gagnerait à être développé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie avec une approche poly pathologique ;

- le dispositif ARDH donne la possibilité à certains retraités hospitalisés de bénéficier pendant trois mois, et en fonction de leurs besoins, des services d'une aide à domicile, d'un portage de repas, de livraison de courses, d'un accompagnement aux activités sociales, etc. Le montant maximal du plan d'aide est de 1800 euros, une participation du retraité en fonction de ses ressources étant demandée.

[128] Ces deux dispositifs supposent des liens étroits entre les établissements de santé, notamment leur service social, et les caisses locales. De fait, le comité a souhaité insister sur l'importance du rôle du premier dans le cadre des parcours, à travers la préparation et l'organisation des sorties hospitalières ainsi que les liens privilégiés avec les partenaires externes aux établissements de santé. C'est pourquoi il souligne la nécessité pour ces derniers de veiller à maintenir le personnel socio-éducatif à un niveau suffisant pour la bonne mise en œuvre de cette fonction majeure ou de le renforcer (cf. : *infra*).

2.2.3. Organiser les relations entre partenaires du parcours

[129] Les établissements de santé et les EHPAD détailleront 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.

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

[131] Les établissements de santé et les EHPAD établiront un bilan annuel des conventions qui les lient. Il s'agit de vérifier que les conventions s'appliquent véritablement²⁹, et si ce n'est pas le cas, d'en analyser les causes et de mettre en place des mesures correctives. Ces bilans devront être préparés par les deux structures et partagés. Ils feront l'objet d'au moins une réunion annuelle médico-administrative des deux structures dont le compte rendu fera apparaître les points positifs et les axes d'amélioration. Ils pourront s'appuyer sur la mise en place de fiches de liaisons d'évènements indésirables et de dysfonctionnements. Ces bilans seront transmis à l'ARS et participeront à l'évaluation des projets pilotes.

[132] Enfin, les établissements de santé et les EHPAD mettront en œuvre les solutions techniques et organisationnelles permettant un usage efficace des outils de partage et d'échange d'informations.

²⁹ Aujourd'hui, les conventions entre les EHPAD et les établissements de santé sont signées mais rarement appliquées.

2.2.4. Participer à la prévention des hospitalisations évitables

- [133] L'ensemble des acteurs du parcours participe à l'atteinte de ce résultat, notamment en mobilisant leur expertise propre et en se communiquant mutuellement leurs connaissances et les informations nécessaires à une prise en charge optimale. Les établissements de santé mettront à disposition de leurs partenaires du projet pilote (coordination clinique de proximité, coordination territoriale d'appui et EHPAD notamment) leur expertise gériatrique (via des équipes mobiles externes, consultations et hôpitaux de jour), notamment par la formalisation de conventions. De la même façon, les établissements favoriseront l'accès à l'expertise psychiatrique et aux soins palliatifs. De plus, les établissements veilleront à ce que les personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées bénéficient d'éducation thérapeutique afin de réduire les facteurs de ré hospitalisation (cf. : *infra*).
- [134] Les EHPAD formaliseront une convention avec les établissements d'HAD (établissements autonomes ou rattachés à un établissement plus polyvalent) dont ils relèvent. Les projets d'établissements de ces derniers pourront également prévoir les conditions mises en place pour faciliter l'accès de l'HAD en leur sein. Il s'agit de favoriser l'intervention de l'HAD en EHPAD préférentiellement à l'hospitalisation complète lorsque c'est possible. L'ARS pourra utilement rappeler via un mode de communication approprié, les indications de recours à l'HAD aux médecins traitants notamment. Les établissements pourront également mettre en place les dispositifs de leur choix permettant de renforcer leurs liens, par exemple en détaillant les modalités de l'intervention de l'HAD en EHPAD dans le cadre de leur partenariat, et de mieux se connaître.

2.3. Renforcer la place des EHPAD au sein du parcours

2.3.1. Améliorer la prise en charge en EHPAD

- [135] Le comité a souhaité que les projets pilotes soient l'occasion d'améliorer la prise en charge interne aux EHPAD. La mise en place et l'actualisation des projets de vie personnalisés des résidents en tenant compte de l'existence éventuelle d'un plan personnalisé de santé permettront de remplir cet objectif. La prévention et les soins bucco-dentaires en EHPAD pourraient également y participer.
- [136] De même, les résidents bénéficieront d'une évaluation gériatrique sur la base d'un outil commun avec l'établissement de santé du territoire, en faisant appel, en tant que de besoin, à son expertise gériatrique afin de repérer les facteurs de perte d'autonomie. La détection des troubles sensoriels devra faire l'objet d'une attention particulière.
- [137] En outre, les EHPAD mettront en place une astreinte infirmière afin de réduire ou retarder le recours aux urgences. Les conditions d'un accès efficace à cette astreinte seront définies dans le cadre de la commission de coordination gériatrique (voir *infra*). Cette astreinte pourra être assurée par l'EHPAD en interne, en commun entre plusieurs EHPAD et/ou un établissement de santé, des infirmières libérales etc.

2.3.2. Faciliter l'intervention des médecins traitants en EHPAD

- [138] Le comité s'est positionné en faveur d'une intervention facilitée des médecins traitants en EHPAD. Il estime que les engagements réciproques prévus dans les contrats portant sur les conditions particulières d'exercice des médecins traitants et masseurs-kinésithérapeutes libéraux intervenant en EHPAD (cf. : article L314-12 du Code de l'action sociale et des familles - CASF) sont de nature à répondre à cet objectif.

- [139] De même, la réunion de la Commission de coordination gériatrique avec la participation au moins une fois par an des professionnels de santé libéraux signataires des contrats sus mentionnés devra notamment permettre d'aborder la politique de prévention des risques iatrogéniques de l'établissement et de diffuser les recommandations de bonnes pratiques gériatriques sur la base d'outils de type Mobiquial.
- [140] Ces mesures seront complétées par la participation des EHPAD aux réunions consacrées à la gestion du risque (GDR) organisées par les ARS (prévention du risque iatrogénique médicamenteux notamment lié aux neuroleptiques et à la poly médication, prévention des chutes et de la dénutrition ...).

2.3.3. Renforcer les liens entre les EHPAD et les établissements de santé

- [141] En cas d'hospitalisation, les EHPAD devront, par l'intermédiaire du médecin traitant ou éventuellement du médecin coordonnateur en cas d'urgence, communiquer à l'établissement de santé les informations nécessaires à la bonne prise en charge du résident. Cette transmission d'information devra être effective 48 heures avant, ou au plus tard au moment de la sortie du résident. Elle devra comporter le motif d'hospitalisation, la fiche de liaison, le dossier de liaison d'urgence - DLU ou le volet médical de synthèse-VMS.
- [142] Par ailleurs, les EHPAD, s'ils disposent de places d'hébergement temporaire, participeront aux dispositifs d'orientation et d'aide à la décision (de type Trajectoire EHPAD) afin de répondre à l'urgence médico-sociale en cas de carence de l'aidant, aux demandes de répit de l'aidant et aux besoins de sortie d'établissements de santé.

2.4. Valoriser financièrement l'implication et l'adaptation des établissements de santé et des EHPAD dans le cadre des parcours

- [143] Le comité a insisté pour que l'ARS trouve les moyens d'inciter financièrement les établissements de santé à participer aux parcours de santé. Cette incitation pourrait passer par un renforcement des moyens correspondant notamment aux missions supplémentaires qui seront demandées aux établissements de santé dans les parcours :
- des EMG en interne et en externe (notamment pour la réalisation des EGS) ;
 - des hôpitaux de jour pour évaluer certains patients de l'établissement, les patients et le cas échéant des résidents d'EHPAD, orientés par leurs médecins traitants ;
 - des services sociaux des établissements afin de permettre une sortie hospitalière plus rapide et dans de meilleures conditions ;
 - des infirmières et des aides soignantes des unités de MC recevant des patients de plus de 75 ans qui seront amenées à réaliser des évaluations simples pour les premières, le repérage de la fragilité et de la perte d'autonomie pour les secondes.
- [144] Comme pour les acteurs de ville, cette valorisation financière du rôle des établissements dans le parcours pourra être liée à leur implication et aux résultats de l'évaluation sur la base d'indicateurs de processus et de résultats (cf. : partie sur l'évaluation). Cette valorisation financière devra être prise en compte dans le cadre de l'enveloppe spécifique du FIR pour les projets pilotes.
- [145] Par ailleurs, le comité estime que l'astreinte infirmière (partagée ou unique) dans les EHPAD devra être financée dans ce même cadre.

2.5. *Recommandations en vue de la généralisation des projets pilotes*

Recommandation n°6 : Développer, mieux articuler et rapprocher les dispositifs PRADO de la CNAMTS et ARDH de la CNAVTS afin d'optimiser les moyens consacrés à la sortie d'hospitalisation et de couvrir l'ensemble de la population concernée.

Recommandation n°7 : A terme, détailler dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre les établissements de santé et l'ARS l'organisation hospitalière retenue par l'établissement pour améliorer les parcours de santé.

Recommandation n°8 : A terme, pour améliorer la prise en charge aux urgences, adapter l'accueil à la spécificité des personnes âgées et l'intégrer à la filière gériatrique. En complément, former les médecins urgentistes à la gériatrie (capacité de gérontologie).

Recommandation n°9 : Au-delà des projets pilotes, compte tenu du rôle croissant des EMG et des HDJ, les renforcer en personnel dans l'ensemble des régions, redéfinir les missions et le périmètre d'action des équipes mobiles de gériatrie et réviser la circulaire frontière et la tarification des séjours en hôpital de jour gériatrique.

Recommandation n°10 : Pour généraliser les bonnes pratiques à l'ensemble des unités hospitalières recevant des personnes âgées, intégrer comme critère de certification dans la prochaine version du manuel de certification de la HAS la réduction de l'incidence des événements indésirables induits par les soins et la réduction du risque de perte d'autonomie nosocomiale pour les personnes âgées.

Recommandation n°11 : Identifier, au niveau stratégique des établissements de santé, une organisation (par exemple du type de la commission de coordination gériatrique) permettant, à partir des organisations déjà mises en place ou de leur extension, de préparer la généralisation des projets pilotes.

Recommandation n°12 : Développer le recours à la télémédecine (télé expertise, télé consultation) entre établissements de santé et établissements médico-sociaux ainsi que les protocoles de coopération entre professionnels de santé (cf. : article 51 de la loi HPST) notamment concernant la télémédecine.

3. LES SYSTEMES D'INFORMATION POUR AMELIORER LA COORDINATION

[146] La description du modèle organisationnel du parcours de santé fait apparaître un système cible (1) que l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé), compte tenu de ses projets en cours, est en mesure de satisfaire sur les territoires pilotes si ceux-ci ne disposent pas des outils nécessaires (2). Toutefois, le succès de l'expérimentation dépendra de trois conditions majeures à réunir sur les territoires pilotes (3).

3.1. *La cible : quatre outils informatiques pour les projets pilotes*

[147] Le modèle organisationnel proposé fait ressortir quatre objectifs pour les systèmes d'information : la connaissance mutuelle des acteurs participant aux projets pilotes, l'échange et le partage d'informations entre ces acteurs pour éviter les ruptures de prise en charge et les examens redondants, et le suivi au niveau de la coordination territoriale d'appui.

3.1.1. La connaissance mutuelle des acteurs : un répertoire des ressources

- [148] Un annuaire ou un répertoire opérationnel des ressources (ROR) permettrait aux usagers et aux professionnels et établissements de chaque territoire de trouver le service ou la personne nécessaire à chaque instant du parcours. Equipé d'un moteur de recherche simple et conçu à partir des besoins exprimés par les professionnels et par les patients, le ROR permettrait, par exemple, à un généraliste constatant qu'une personne âgée ne peut plus réaliser certains actes de la vie quotidienne, de trouver une aide à domicile, avec le nom du service, ses coordonnées, ses offres, ses caractéristiques, ses disponibilités. Cet annuaire ou ce ROR serait disponible depuis internet et éventuellement accessible via un numéro de téléphone unique au niveau de la coordination territoriale d'appui sur le territoire. Les besoins étant exprimés différemment selon les professionnels et établissements d'une part, et les patients d'autre part, l'outil et l'accès seraient différenciés selon les deux types d'usagers.

3.1.2. L'échange d'informations : une messagerie sécurisée

- [149] Une messagerie sécurisée permet aux acteurs d'échanger des informations entre eux sur les personnes qu'ils suivent. Elle apparaît très utile dans le parcours des personnes âgées compte tenu de la multiplicité et de la mobilité des acteurs, localisés sur des lieux différents et certains intervenant souvent au domicile de la personne âgée. Ouverte à l'ensemble des professionnels ayant décidé de participer aux projets pilotes, elle permettrait par exemple à un médecin traitant de demander à l'infirmier choisi par le patient de participer à un suivi à domicile selon des modalités précises en lui joignant un volet de synthèse médicale et une prescription précise. Le médecin traitant pourrait, de même, demander à un coordinateur d'appui social de solliciter une aide personnalisée pour l'autonomie (APA) pour la personne âgée. Un infirmier, lors de son évaluation à domicile, pourrait envoyer au médecin traitant ou au coordinateur d'appui social un compte rendu de son intervention à domicile et exprimer les demandes qui en résultent.
- [150] La messagerie permettrait d'organiser des réunions de coordination et d'échanger les éléments nécessaires au plan personnalisé de santé. Par exemple, le coordinateur territorial d'appui social pourrait envoyer aux professionnels de santé le volet médico-social ou social du PPS. La messagerie sécurisée permettrait également des échanges entre les établissements sanitaires et médico-sociaux et les acteurs de ville.
- [151] Dans l'idéal, pour assurer la bonne prise en charge de la personne âgée tout au long de son parcours, la messagerie devrait permettre des échanges non seulement entre professionnels de santé mais aussi entre professionnels de santé et autres professionnels, en ciblant alors les informations à partager comme étant celles utiles au parcours.

3.1.3. Le partage d'informations : un outil de stockage et de partage

- [152] Le partage d'informations n'a pas la même finalité que l'échange d'informations. L'objectif est de permettre à un certain nombre d'acteurs de stocker dans un outil commun des informations qui pourront être consultées par tout ou partie des acteurs ayant accès à cet outil.
- [153] Ceci permet d'éviter de refaire des examens déjà faits ou de poser des questions sur l'état de santé de la personne auxquelles les réponses existent déjà. Concrètement, pour les personnes âgées, cela permettrait aux acteurs de partager le PPS, qui donne des informations sur la situation du patient, ses problèmes de santé et les préconisations d'accompagnement et d'aide.

3.1.4. Le pilotage du territoire et du projet

- [154] Un outil informatique pour la coordination territoriale d'appui apparaît également nécessaire. Il permettrait la saisie de données de pilotage, le suivi des dossiers passant par la coordination territoriale d'appui et la connaissance des personnes âgées suivies par une coordination clinique de proximité. Cet outil s'appuierait sur ceux existant au sein des dispositifs de coordination (notamment dans les réseaux) avec des adaptations pour pouvoir éventuellement fournir une partie des indicateurs de processus et contribuer ainsi à l'évaluation des projets pilotes.

3.2. *Ce qui peut être réalisé sur les territoires pilotes avec l'aide de l'ASIP Santé*

- [155] Au niveau national, le dossier médical personnel (DMP) permet de répondre à l'objectif de partage des données de santé. Les systèmes d'information répondant à l'objectif de connaissance mutuelle (répertoire des ressources) et d'échange d'informations (messagerie sécurisée) sont en cours de construction au sein de l'ASIP Santé mais sur un calendrier ou un périmètre différent de celui des projets pilotes. Par ailleurs, certains territoires peuvent disposer d'outils qui leur sont propres.
- [156] La construction d'outils informatiques propres aux projets pilotes est subordonnée à des exigences informatiques et réglementaires³⁰ dont les délais sont incompatibles avec le calendrier resserré des projets pilotes. Il faudra donc, pour chaque outil cible décrit *supra* partir des systèmes d'information existants et les adapter si nécessaire, avec l'aide de l'ASIP Santé.
- [157] Pragmatisme et subsidiarité s'imposent : des outils d'annuaire d'offres et de messagerie sécurisée seront accessibles aux territoires qui le souhaitent ou ne disposant pas d'outils équivalents, étant précisé que les acteurs des territoires pilotes devront en tout état de cause utiliser ces deux outils. L'objectif de l'expérimentation n'est pas de tester des systèmes d'information, mais un modèle de coordination entre acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. L'expérimentation permettra cependant d'éventuelles évolutions selon les premiers retours d'expérience.

3.2.1. Le répertoire opérationnel des ressources

- [158] Il existe aujourd'hui des répertoires opérationnels des ressources (ROR) limités au secteur sanitaire dans six régions (Ile-de-France, Alsace, Aquitaine, Rhône-Alpes, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Il existe par ailleurs, souvent sur un même territoire, ou des territoires qui se recoupent, différents répertoires ou annuaires dans le secteur médico-social ou social. Tout l'enjeu est donc, sur un même territoire, de disposer d'un système d'information unique et cohérent en matière de ressources médicales, médico-sociales et sociales, alors que les acteurs qui détiennent ces informations sont disparates et plus ou moins enclins à donner l'information.
- [159] L'ASIP Santé est chargée de définir une trajectoire de convergence des différentes solutions en place vers un référentiel commun et, en cible, un dispositif national de description des offres de soins et de services mobilisables. Le ROR cible doit s'appuyer sur un annuaire fiable des acteurs. Sous réserve de bien délimiter les acteurs du champ médico-social et social mobilisables dans le cadre des parcours de santé, ce ROR devrait permettre à terme (pas avant 2014) de décrire l'offre des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales sur l'ensemble du territoire national et couvrir ainsi tout le champ des parcours des personnes âgées.

³⁰ Le traitement de données de santé personnelles suppose une autorisation de la Commission nationale Informatiques et Libertés, un hébergement des données de santé, et des impératifs techniques de sécurité

- [160] Sur les territoires pilotes dépourvus d'un annuaire unique, l'ASIP Santé pourra mettre à disposition un annuaire simplifié des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dès lors que l'expression de besoin sera rapidement disponible et accessible sur l'ensemble du territoire. Il sera initialement peuplé par les données de description des professionnels de santé, puis enrichi au fil de l'eau par les territoires pilotes des données de description des acteurs n'ayant pas été certifiés dans le cadre de la procédure du répertoire partagés des professionnels de santé.
- [161] Le comité souhaite donc que la coordination territoriale d'appui assure, si nécessaire à partir d'un outil mis en œuvre par l'ASIP Santé, la mise au point d'un annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire pilote ou, mieux encore, d'un répertoire opérationnel de ces ressources (ROR). Cet annuaire devra, dans la mesure du possible, indiquer les coordonnées, les caractéristiques, l'offre et les disponibilités des acteurs ou structures du territoire pilotes. L'avantage du ROR par rapport à l'annuaire réside dans le fait qu'il contient un moteur de recherche simple et conçu à partir des besoins exprimés par les professionnels et par les patients et un processus de mise à jour évoluée. La coordination territoriale d'appui devra, avec l'aide des différents acteurs, assurer l'actualisation permanente de cet annuaire ou de ce ROR.
- [162] Néanmoins, il sera possible d'utiliser le ROR régional s'il est adapté au besoin (en particulier sur le champ médico-social et social) et disponible sur les lieux de prototypes.
- [163] Par ailleurs, il faut noter que le ROR n'est pas un outil d'aide à la décision, mais seulement à l'orientation. La marche d'après, qui de fait existe déjà dans certains départements, consiste à créer un outil d'aide à la décision, comme, par exemple, « Trajectoire », qui permet d'aider des professionnels de santé à trouver, pour des patients en MCO, des places de SSR sur la base d'une évaluation fonctionnelle de la personne mise en correspondance avec les capacités des structures d'accueil correspondant aux besoins. Il convient de préciser qu'une expérimentation d'extension de « Trajectoire » au secteur médico-social est en cours.

3.2.2. La messagerie sécurisée

- [164] Il existe aujourd'hui des messageries sécurisées dans le secteur sanitaire, mais elles sont en général limitées en termes d'acteurs, et pas toujours en totale conformité avec les dispositions législatives en matière de confidentialité des données et d'hébergement.
- [165] L'ASIP Santé développe un projet de messagerie sécurisée réunissant en cible non seulement les acteurs de santé mais aussi ceux du secteur social et médico-social. Le périmètre couvert par le projet 2013 est centré sur les professionnels de santé, dans un premier temps à partir du RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé).³¹

³¹ Le RPPS ne concerne pour l'instant que les professions médicales (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, sages-femmes).

- [166] Sur les territoires pilotes, l'ASIP Santé sera en mesure d'y ajouter les infirmières libérales détentrices d'une carte de professionnel de santé (CPS), ainsi que les infirmières coordinatrices de SSIAD, et éventuellement d'autres professionnels à définir (notamment ceux de la coordination territoriale d'appui), dès lors qu'ils décideront de participer aux projets pilotes. Cette messagerie sera accessible en mode webmail (via internet). L'authentification se fera à partir de cartes de la famille CPS³² et OTP (One Time Password)³³, sous réserve de l'adoption d'un arrêté d'ores et déjà prévu par les textes. Il convient de formuler la demande d'autorisation à la commission nationale informatique et libertés (CNIL) et l'agrément d'hébergeur de données cinq mois avant la date de disponibilité souhaitée.
- [167] La question du champ de la messagerie a fait l'objet de débats, plusieurs membres des ateliers soulignant les risques liés à la possibilité d'échanger des informations médicales personnelles entre acteurs non seulement sanitaires mais aussi sociaux. Ce risque doit être relativisé dans la mesure où la messagerie sécurisée ne concernera qu'un groupe fermé et déterminé d'acteurs, et que la question de la communication de données médicales personnelles continuera à relever de la responsabilité des professionnels de santé impliqués. La question est donc d'abord celle de la responsabilité des acteurs, en particulier sanitaires, dans le bon usage de la messagerie.
- [168] En tout état de cause, l'ouverture des échanges (ou du partage) d'informations médicales personnelles, quel qu'en soit le moyen (courrier postal, messagerie,...), aux acteurs du champ social nécessitait une modification législative, la dérogation au secret médical n'étant aujourd'hui permise que dans le champ sanitaire. Cette modification législative a été adoptée dans le cadre de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Elle devra être complétée d'un décret (pris après avis de la CNIL) définissant précisément la nature des données pouvant être échangées entre les différentes catégories d'acteurs. Dans le cas d'un échange via une messagerie électronique sécurisée, son usage devra être guidé par un principe de prudence, dans le seul objectif d'assurer la prise en charge des personnes âgées. A cette fin, une charte de bon usage devra être rédigée. En outre, pour des raisons pratiques, la loi devra également substituer au principe du recueil du consentement expresse systématique (qui en application stricte de la loi serait requis pour l'envoi de chaque message) le principe du droit d'opposition du patient après information obligatoire de celui-ci.
- [169] Ainsi, tous les acteurs des territoires pilotes, qu'ils relèvent du secteur social, médico-social ou sanitaire, disposeront d'une même messagerie sécurisée conforme au cadre juridique prévu par le code de la santé publique ainsi qu'au cadre spécifique élaboré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 pour les projets pilotes, si nécessaire à partir d'un outil mis en œuvre par l'ASIP Santé sur le territoire pilote.
- [170] Cette messagerie sécurisée permettra en particulier aux pharmaciens, en accord avec la personne âgée, d'alerter le médecin traitant en cas de repérage, via le dossier pharmaceutique (DP), de problèmes liés aux médicaments. Le DP est en effet un outil informatique puissant, puisqu'il donne l'historique (les 4 derniers mois) des médicaments délivrés au patient dans toutes les officines reliées au dispositif, sous réserve de l'autorisation du patient. En le consultant, le pharmacien peut repérer les risques d'interactions médicamenteuses, ou de redondances de traitement et limiter le risque iatrogénique qu'il communiquera aux professionnels de santé à l'aide des moyens de son choix (téléphone, messagerie sécurisée) dans le respect des règles déontologiques.

³² CPE (carte de professionnel d'établissement pour les non PS d'établissement de santé), CPA (Carte de professionnel autorisé pour les professionnels travaillant en organisation de santé non établissement de santé)

³³ Mécanisme de mot de passe à usage unique reçu au moment de la demande d'accès par SMS ou mail qui vient renforcer l'utilisation d'un identifiant/mot de passe classique, actuellement utilisé pour sécuriser l'accès d'un patient à son DMP.

- [171] Par ailleurs, pour tenir compte de la nécessité de communiquer à distance, les professionnels pourront utiliser des outils informatiques adaptés à la mobilité à partir du domicile (smartphones ou tablettes tactiles pour les infirmiers lors de leurs visites à domicile) ou des EHPAD (télémédecine et télésurveillance, cf. *infra*).

3.2.3. Le dossier médical personnel

- [172] Le dossier médical personnel (DMP) remplit l'objectif de partage des données. Basé sur un dispositif opérationnel, il est accessible par tout professionnel de santé détenteur d'une carte CPS. Il permet le stockage et le partage d'informations sur le patient par ces professionnels de santé (en établissement ou en ville), sous réserve de l'autorisation du patient.
- [173] Au-delà des discours généraux favorables ou défavorables au DMP, l'expérience montre qu'il est possible d'en faire un usage très utile. La standardisation et la structuration des données versées facilitent leur usage ainsi que leur extraction et leur analyse dans un but d'évaluation (volet médical de synthèse ou dossier de liaison d'urgence).
- [174] Toutefois, le DMP, dans sa configuration actuelle, présente deux limites au regard des parcours de santé des personnes âgées.
- [175] D'une part, son usage est limité par la loi au secteur sanitaire : il n'existe pas aujourd'hui de volet médico-social et, du fait de sa destination sanitaire, il n'est consultable que par un professionnel de santé via une carte CPS distribuée à la fin de l'année de manière systématique à tout professionnel de santé. L'extension du DMP aux non professionnels de santé demande donc une étude de faisabilité.
- [176] D'autre part, même s'il prévoit la notification des professionnels de santé autorisés à l'arrivée d'un document dans le DMP, son mode de fonctionnement le rend peu adapté à la diffusion d'alertes, à la différence de la messagerie sécurisée. A cet égard, certains acteurs insistent sur la nécessité de développer des outils permettant à la fois l'échange et le partage d'information, à travers un espace collaboratif, comme il en existe dans certains territoires. Toutefois, dès lors qu'il s'agit de données de santé personnelles, les exigences de gestion des habilitations, du consentement des personnes et de traçabilité ainsi que les questions juridiques relatives à la responsabilité des acteurs rendent complexe et potentiellement coûteux tout nouveau système dans ce domaine.
- [177] Si l'utilisation de la messagerie sécurisée par l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire et social est perçue comme un outil essentiel dans la fluidification des échanges, tel n'est pas le cas du DMP, qui ne bénéficie pas aujourd'hui du même degré de consensus. La démarche d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées est donc une opportunité d'appropriation du DMP par les acteurs de terrain qui permettra d'apprécier le fondement de cet outil et de proposer des ajustements éventuels.
- [178] Sur les territoires pilotes, le DMP pourrait faire l'objet d'adaptations, notamment héberger la totalité du Plan Personnalisé de Santé (PPS), ce qui supposerait que les coordinateurs d'appui sociaux, puissent via un accès particulier, verser le volet médico-social du PPS dans le DMP (sans pouvoir consulter le reste du DMP). En tout état de cause, 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.

3.2.4. Le suivi au niveau de la coordination territoriale d'appui

[179] En ce qui concerne l'outil de pilotage, l'ASIP Santé n'ayant pas de projet en cours, il conviendra de s'appuyer sur les dispositifs des structures existantes qui porteront la coordination territoriale d'appui en les adaptant en vue des fonctionnalités suivantes :

- assurer le suivi des dossiers passant par la coordination territoriale d'appui ;
- 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, avec le consentement de la personne âgée ;
- élaborer et de suivre, selon le dispositif d'évaluation qui sera retenu, quelques indicateurs de processus utiles au pilotage des territoires pilotes (voir partie évaluation).

3.3. Les trois conditions de succès des outils informatiques

[180] Il est tout d'abord indispensable de proposer une formation aux acteurs à l'usage de ces SI et de les sensibiliser à l'intérêt de ces moyens de communication dans un contexte de travail en mobilité. Cette formation sera intégrée à celle prévue pour l'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre du DPC pluri professionnel (cf. : 1.4.2). Mais il faudra aussi prévoir, au niveau de l'ARS, la possibilité d'une assistance informatique.

[181] Il faut ensuite trouver les incitations adéquates à leur installation et à leur utilisation. Pour utiliser la messagerie, il est nécessaire de disposer d'un poste de travail connecté à internet et de créer une boîte aux lettres (création qui sera simplifiée pour l'ensemble des professionnels de santé mais qu'il faudra initier spécifiquement pour les non professionnels de santé).

[182] Il serait enfin souhaitable que les logiciels métiers soient adaptés pour devenir compatibles avec les outils proposés et structurés dans l'optique de la coordination (par exemple : données cliniques importantes dans le dossier métier, utilisation des fonctionnalités de prescription électronique, modalités d'utilisation du DMP, structuration du PPS...). Toutefois, cet objectif ne pourra être atteint dans un premier temps (cf. : recommandation *infra*).

3.4. Recommandations en vue de la généralisation des projets pilotes

[183] Le comité estime indispensable une appropriation progressive, par les professionnels des trois secteurs, des systèmes d'information en cours de développement sur l'ensemble du territoire national.

Recommandation n°13 : En fonction de son évaluation, généraliser l'expérimentation en cours sur l'accessibilité du dossier pharmaceutique dans les services d'urgence.

Recommandation n°14 : Saisir l'ASIP Santé et la HAS afin que s'engage une concertation avec les éditeurs de logiciels pour que les documents de synthèse (VMS, DLU, PPS, CRH) soient structurés et intégrés dans les meilleurs délais aux logiciels métiers des professionnels de ville, des structures de coordination et des établissements. Ces documents serviraient bien évidemment au-delà des projets pilotes.

Recommandation n°15 : A terme, les documents échangés entre acteurs devront être élaborés sur un support informatique structuré de niveau 3, c'est-à-dire permettant de modifier et d'extraire facilement les principales rubriques qui le composent, et, ainsi de gagner du temps dans l'élaboration des documents. Ces documents pourront ainsi faire l'objet de spécifications utilisables par les éditeurs de logiciels pour être intégrés aux référentiels gérés par l'ASIP Santé.

Recommandation n°16 : Les logiciels métiers installés (en ville et en établissements de santé et EHPAD) devront progressivement être interopérables et compatibles avec le DMP et la messagerie sécurisée. Le comité recommande d'utiliser les dispositifs d'incitation de type P4P existants (en ville et en établissement de santé voire médico-social) pour favoriser l'atteinte de cet objectif.

Recommandation n°17 : Généraliser l'usage sur l'ensemble du territoire des quatre outils clés identifiés pour supporter les parcours de santé : annuaire ou répertoire opérationnel des ressources, messagerie sécurisée, DMP, et outils d'aide à la décision d'orientation tels que Trajectoire.

Recommandation n°18 : Etendre les outils d'aide à la décision d'orientation à l'ensemble du parcours de santé des personnes âgées.

Recommandation n°19 : A terme, doter la coordination territoriale d'un outil permettant de suivre et de piloter les parcours de santé des personnes âgées, dans le respect des règles de déontologie.

4. L'ADAPTATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES A UNE LOGIQUE DE PARCOURS

[184] Le modèle organisationnel proposé, qui décrit un parcours de santé pour la personne âgée, ne pourra fonctionner que si les acteurs adaptent leurs pratiques. Cela suppose d'une part que soient conçus des documents synthétiques types, et d'autre part que les acteurs suivent une formation spécifique s'ils n'en ont pas déjà suivi une leur permettant d'atteindre les objectifs décrits.

4.1. La nécessité de documents synthétiques

[185] Les différents acteurs et structures devront s'échanger et, dans la mesure de possible, partager des informations permettant d'optimiser la prise en charge des personnes tout au long du parcours (par exemple, le pharmacien informe le médecin traitant d'un risque de iatrogénie, une auxiliaire de vie informe un infirmier que la personne ne mange plus etc.).

[186] Ces informations devront être rédigées dans une logique de parcours et de passage de témoin. Leur rédaction devra être claire, concise et synthétique, avec une dimension prospective.

[187] En particulier, quatre types de documents de synthèse dématérialisés devront être élaborés, chacun d'entre eux devant être conforme à un modèle qui pourra être spécifiquement conçu pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la HAS. Ces documents devront être actualisés régulièrement, chaque fois que l'état de santé de la personne le nécessite, et au moins une fois par an (sauf pour le CRH). Ainsi, au moment où ils sont transmis, ils doivent permettre de saisir l'état de santé de la personne dans sa dernière actualité. En outre, ils doivent tenir compte des principaux facteurs de risque d'hospitalisation évitable des personnes âgées. Ces documents sont les suivants :

- un volet médical de synthèse (VMS), élaboré par le médecin traitant, afin de donner une sorte de photographie de l'état de santé de la personne, avec les pathologies et traitements en cours ; ce document doit pouvoir être consulté notamment en cas d'hospitalisation ;
- un dossier de liaison d'urgence (DLU), élaboré par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, qui servira tout particulièrement en cas d'hospitalisation du résident en urgence ;
- un compte rendu d'hospitalisation (CRH), document qui doit permettre de comprendre pourquoi la personne a été hospitalisée et quel est son état de santé quand elle sort de l'établissement de santé, les préconisations ; ce document doit être transmis à l'équipe de ville (médecin traitant s'il est connu et disponible, sinon coordination territoriale d'appui dans le respect des règles de déontologie) au moment de la sortie ;

- un plan personnalisé de santé (PPS), élaboré en ville (le cas échéant en tenant compte des informations et documents fournis par l'établissement de santé), permettant de caractériser la situation sociale et médicale du patient, et définissant un plan d'accompagnement et de soins, avec un volet d'éducation thérapeutique.

Recommandation n°20 : Saisir sans délai la HAS afin qu'elle produise avant la fin du premier semestre 2013, en concertation avec les professionnels concernés et en lien avec les travaux qu'elle a déjà entamés notamment dans le cadre des expérimentations de l'article 70,

- **d'une part, les principales rubriques communes pertinentes pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie pour le VMS, le CRH et le DLU,**
- **et, d'autre part, un modèle simple de PPS (accompagnement et soins) permettant de formaliser le travail à plusieurs avec des indicateurs partagés.**

Ces documents devront être utilisés sur tous les territoires pilotes. Le comité souhaite qu'ils soient également utilisés dans les autres territoires.

Dans l'attente, les acteurs des territoires pilotes s'efforceront d'organiser la rédaction de ces documents dans une logique de parcours.

Recommandation n°21 : Incrire chaque action des différentes étapes du parcours dans une démarche de prévention et enrichir les projets pilotes des propositions du comité « avancée en âge » présidé par le Dr Aquino.

Recommandation n°22 : L'organisation mise en place dans le cadre des parcours de santé des personnes âgées a vocation à servir la démarche générale de prévention de la perte d'autonomie.

4.2. Une formation spécifique

[188] Le comité considère que les acteurs ne pourront s'approprier le modèle proposé dans le cahier des charges que s'ils suivent une formation spécifique.

[189] Cette formation, qui sera prodiguée, pour les professionnels de santé, dans le cadre du développement professionnel continu pluri professionnel, avec des retours d'expérience, devra être en partie commune (sur le modèle organisationnel et les principaux facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées en mettant l'accent la première année sur les problèmes liés aux médicaments) et en partie spécifique avec un temps présentiel à définir:

- formation des acteurs de la coordination clinique de proximité sur le modèle organisationnel proposé, et notamment sur l'usage des systèmes d'information, la rédaction des documents d'information (VMS, CRH, DLU), l'élaboration à plusieurs et le suivi d'un PPS, l'évaluation gériatrique, et la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ;
- formation des aides à domicile au repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie ou de fragilité ;
- formation à l'éducation thérapeutique personnalisée, que ce soit pour les professionnels de santé de ville, comme ceux des établissements de santé;
- formation des professionnels des établissements de santé, en priorité les référents gérontologiques des structures internes de médecine et chirurgie accueillant des patients âgés de 75 ans et plus dans le cadre d'hospitalisations non programmées ;
- Formation du médecin coordonnateur et du cadre de santé des EHPAD.

- [190] Plus généralement, le comité recommande aux professionnels des trois secteurs, sur l'ensemble du territoire, de suivre, dans le cadre du développement professionnel continu pluri professionnel, une formation leur permettant d'adapter leurs pratiques professionnelles à la logique de parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (cf. : recommandation n°1).

5. L'ÉVALUATION, UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE DU PROJET

5.1. *L'évaluation a pour objet de donner aux pouvoirs publics des éléments objectifs en vue d'une éventuelle généralisation*

- [191] Dès l'origine, le comité national a fait le choix de donner une place importante à l'évaluation en lui consacrant un atelier, en même temps et au même titre que les « ateliers métiers » et que celui dédié aux SI.
- [192] L'interaction de cet atelier avec les trois autres ateliers a été particulièrement importante : d'une part, l'évaluation des prototypes s'est construite à partir de leurs objectifs et de leur contenu, et d'autre part, les autres ateliers, ont dû intégrer la faisabilité de l'évaluation dans leurs réflexions.
- [193] L'évaluation du projet a notamment pour objet, à partir des résultats sur la santé des personnes, les hospitalisations et les ré hospitalisations³⁴, la consommation de soins de ville et la satisfaction des professionnels, des patients et de leur entourage, de donner des éléments objectifs d'appréciation permettant aux pouvoirs publics de décider d'une éventuelle généralisation des organisations, le cas échéant modifiées en fonction des enseignements tirés des projets pilotes.
- [194] S'agissant de l'axe médico-économique, la mesure de la consommation de soins sera centrale ; elle permettra de suivre notamment l'atteinte des objectifs qui seront assignés aux projets pilotes en termes de réduction des hospitalisations évitables et de la iatrogénie médicamenteuse. L'évaluation veillera à mesurer ces évolutions de manière distincte pour les patients vivant à domicile et les patients résidant en établissement.
- [195] Le comité a souhaité qu'il n'y ait qu'un seul dispositif d'évaluation pour les projets pilotes, aussi bien pour la ville que pour les établissements de santé et quel que soit le territoire considéré (mais l'évaluation spécifiera bien les résultats de chaque territoire). Une procédure nationale de sélection des équipes en charge de l'évaluation sera donc effectuée en amont du lancement des projets pilotes, avec pour objectif une réponse et une méthodologie uniques pour l'ensemble des projets.
- [196] En complément de l'évaluation des projets stricto sensu, le comité envisage favorablement le lancement d'appels à projets de recherche relatifs aux projets pilotes.
- [197] Au regard d'expériences étrangères et compte tenu d'effets de sélection des patients et d'évolution du contexte notamment, le comité a également abouti à la conclusion qu'au-delà du suivi des bénéficiaires et d'une comparaison de leurs situations avant et après le démarrage du projet pilote, il était nécessaire de constituer des « groupes témoins » pour pouvoir mesurer l'effet propre du dispositif.

³⁴ Le comité réfléchit également à la possibilité de mesurer les « hospitalisations évitables ».

[198] L'objectif sera, a priori, de sélectionner autant de territoires témoins que nécessaire pour « dupliquer » de manière aussi fiable que possible les territoires pilotes, afin de comparer la situation des personnes âgées là où les projets pilotes n'ont pas été mis en place avec celle des personnes âgées bénéficiaires des projets pilotes. Cela nécessitera en particulier de sélectionner 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 médico-sociaux, etc.

5.2. Les indicateurs de processus et de résultats

[199] L'évaluation des projets pilotes débutera dès leur mise en œuvre, en septembre 2013. Elle devra s'articuler 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.

[200] Elle se déploiera selon deux axes principaux. D'une part, elle permettra 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 permettra de mesurer les résultats des projets pilotes en termes médico-économiques.

[201] Le comité a proposé des indicateurs d'évaluation des projets pilotes à partir d'exemples internationaux et du modèle organisationnel arrêté. Le travail de la HAS sur le suivi des expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012 a en outre été examiné.

[202] Il est rappelé que l'évaluation comporte différents volets qui, s'ils seront tous suivis dès la mise en place des projets pilotes, donneront des résultats qui seront appréciés selon des calendriers différents (cf. : annexe 5).

5.2.1. Les indicateurs de pilotage et de suivi de la montée en charge des dispositifs

[203] L'objectif est double : suivre et évaluer d'une part, l'effectivité et la qualité du service rendu aux patients et à leurs aidants et d'autre part, 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.

[204] Ces indicateurs permettront de renseigner les pouvoirs publics rapidement et régulièrement sur la montée en charge du dispositif et pourront constituer des indicateurs de pilotage immédiatement utilisables par les ARS.

5.2.2. Les indicateurs de résultats

[205] Ils découlent directement des objectifs du projet (rappelés en introduction). Il s'agit principalement des indicateurs de consommation de soins et des indicateurs d'impact sur la santé et sur le niveau d'autonomie des personnes âgées.

[206] Les indicateurs de consommation de soins concernent à la fois :

- les hospitalisations (et notamment le nombre d'hospitalisations et de ré hospitalisations ainsi qu'une éventuelle mesure des hospitalisations évitables) ;
- le recours aux professionnels de santé (et notamment un éventuel transfert de l'hospitalisation vers les soins de ville et l'évolution de différents postes : consultations et visites de médecins généralistes, d'infirmières, de masseurs-kinésithérapeutes, etc.) ;

- les médicaments à travers la consommation de médicaments et la baisse de certaines consommations ou du risque iatrogénique.

- [207] Les indicateurs d'impact 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, ainsi que sur la réduction de la perte d'autonomie
- [208] Le comité souhaite également bénéficier d'indicateurs de pratique clinique et de qualité des soins qui sont en cours de développement à la HAS et pourront être recueillis dans le cadre des enquêtes ad hoc, dès lors qu'ils seront finalisés.
- [209] Les indicateurs financiers permettront de comparer les coûts induits par les projets pilotes avec les gains espérés sur la consommation de soins. Le comité souhaite également que l'évolution du reste à charge des patients soit mesurée.
- [210] Enfin, le comité suivra la satisfaction et l'évaluation de l'expérience de la personne âgée et de ses aidants ainsi que l'implication et la satisfaction des professionnels et structures participant aux projets pilotes. Elles devront être recueillies par une enquête spécifique, en s'appuyant sur les travaux existants notamment à la HAS.

5.3. Les conditions de réussite de l'évaluation

- [211] Certains de ces indicateurs seront transmis de façon automatique et en routine à travers les systèmes d'information de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) et des hôpitaux (programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI). D'autres devront remonter par les acteurs impliqués. D'autres encore devront être recueillis par des enquêtes ad hoc.
- [212] Les professionnels impliqués, ainsi que les personnes âgées et leurs aidants, participeront donc à l'évaluation des projets pilotes. Le rôle des ARS sera particulièrement important en ce qui concerne la collecte, la transmission et la vérification de la qualité des données.
- [213] De ce point de vue, le partenariat avec la CNAMTS, l'ATIH et l'ASIP Santé tout au long du déploiement des projets pilotes est également fondamental, et devra se poursuivre dans la durée. Les ARS devront en outre veiller à la qualité des informations recueillies auprès des professionnels, voire le cas échéant auprès des conseils généraux.
- [214] L'implication des professionnels et des structures dans la remontée d'informations, sous l'égide de l'ARS, est également un point majeur.
- [215] Enfin, le partenariat de l'ARS, du conseil général et de la CPAM sera essentiel.
- [216] Le cahier des charges des projets pilotes comporte un certain nombre d'engagements des professionnels et des ARS relatifs à la collecte et à la transmission de données.
- [217] Le dossier CNIL du projet devra comporter un volet évaluation, notamment concernant la possibilité de conserver les données en cohorte.
- [218] L'évaluation telle qu'elle est envisagée, compte tenu des enjeux qu'elle porte (généralisation des prototypes, estimation des coûts et des bénéfices), est porteuse d'exigence, de rigueur et de constance. Elle nécessitera des financements correspondant (5% du budget des prototypes constitue une hypothèse raisonnable).

[219] Le présent comité a également prévu la mise en place d'une organisation pérenne de suivi de l'évaluation, émanation du comité de pilotage national de suivi des projets pilotes qui devra être opérationnelle dès que la procédure nationale de sélection sera achevée et présentera régulièrement ses travaux au comité national :

- une instance stratégique d'évaluation nationale réunissant les directions du ministère (DREES, DSS, DGOS, DGCS, SG, DGS, DSSIS), l'ATIH, la HAS, la CNAMTS, les ARS des territoires pilotes, des ARS des territoires témoins et les conseils généraux concernés par les territoires pilotes ;
- une structure technique de suivi au niveau du ministère.

Recommandation n°23 : Favoriser le lancement de projets de recherche scientifique permettant de compléter ou d'approfondir à moyen terme l'évaluation qui sera menée dans le cadre des projets pilotes.

Recommandation n°24 : Favoriser le rapprochement des producteurs de données visant à croiser à terme les données de l'Assurance maladie et des conseils généraux relatives à la dépendance, pour permettre un suivi plus efficace et une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

* *

*

Conclusion

[220] L'ensemble de ces réflexions a conduit le comité à la rédaction d'un cahier des charges, qui synthétise les principaux critères de sélection des territoires et les engagements des acteurs, autour de trois grands axes :

- s'organiser à l'intérieur des secteurs sanitaire, médico-social et social et entre secteurs pour adapter les pratiques professionnelles à la continuité du parcours de santé des personnes âgées ;
- échanger et partager des informations pertinentes pour améliorer les transitions au sein du parcours ;
- suivre une formation, s'ils n'en ont pas suivi antérieurement, pour atteindre les objectifs du cahier des charges.

[221] Toutefois, le comité tient à souligner en conclusion que ce cahier des charges ne suffira pas en tant que tel à atteindre la cible recherchée. C'est pourquoi le présent rapport, au-delà du cahier des charges, formule des recommandations visant à préparer la généralisation des projets pilotes récapitulées en annexe 1.

[222] L'évolution vers le modèle cible décrit dans le cahier des charges suppose des changements culturels profonds qui prendront du temps. Dans ce cadre, l'adaptation des systèmes d'information et leur appropriation sera un facteur clef de la réussite de la coordination des acteurs dans une logique de médecine de parcours.

[223] Par ailleurs, des incitations financières devront être trouvées pour les acteurs et les structures en contrepartie des engagements qui leur seront demandés. Ces incitations financières pourront relever de plusieurs instruments, notamment du fonds d'intervention régional et des négociations conventionnelles de l'assurance maladie.

[224] En tout état de cause, le succès des projets pilotes dépendra également fortement de l'implication des ARS dont le rôle sera déterminant sur les territoires qui seront choisis.

Liste des sigles utilisés

AD	Aide à domicile
ADL	Index of independance in activities of daily living
ALD	Affection de longue durée
ARDH	Allocation de retour à domicile après hospitalisation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
AMP	Aide médico-psychologique
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
AS	Aide soignant
Asip Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CARSAT	caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de liaison alimentaire nutrition
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
Copil	Comité national de pilotage des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
CME	Commission médicale d'établissement
CNIL	commission nationale informatique et libertés
CPS	Carte de professionnel de santé
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DMP	Dossier médical personnel
DMS	Durée moyenne de séjour
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé

EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Equipe mobile de gériatrie
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
GDR	Gestion du risque
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HDJ	Hôpital de jour
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MC	Médecine-chirurgie
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTP	One time password
PMSA	Prescription médicale chez le sujet âgé
PPS	Plan personnalisé de santé
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRADO	Programme de retour à domicile
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SAAD	Service d'aide à domicile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SG	Secrétariat général des ministères sociaux
SI	Système d'information
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suites et de réadaptation
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
T2A	Tarifcation à l'activité
UNPS	Union national des professionnels de santé
USLD	Unité de soins de longue durée
VMS	Volet médical de synthèse

Annexe 1 : Récapitulatif des recommandations du comité en vue de la généralisation des projets pilotes

Le comité a formulé des recommandations relatives aux démarches nécessaires pour créer sur l'ensemble du territoire national les conditions favorables à la généralisation des projets pilotes relatifs aux parcours de santé des personnes âgées.

1. Inscrire chaque action des différentes étapes du parcours dans une démarche de prévention et enrichir les projets pilotes des propositions du comité « avancée en âge » présidé par le Dr Aquino.
2. L'organisation mise en place dans le cadre des parcours de santé des personnes âgées a vocation à servir la démarche générale de prévention de la perte d'autonomie.
3. Au-delà des projets pilotes, encourager les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées sur l'ensemble du territoire à suivre, dans le cadre du développement professionnel continu pluri professionnel, une formation leur permettant d'adapter leurs pratiques professionnelles à la logique de parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en particulier :
 - au repérage et à la prévention des facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées,
 - à l'éducation thérapeutique du sujet âgé,
 - à la prescription médicamenteuse du sujet âgé,
 - à la coordination des acteurs,
 - à l'optimisation des relations entre la ville et l'hôpital,
 - à la maîtrise des systèmes d'informations,
 - à la rédaction de documents de synthèse dans une logique de parcours.
4. Inscrire dans l'arrêté relatif à la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) pluri professionnel une formation permettant de contribuer à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.
5. Intégrer dans les diagnostics territoriaux des ARS les questions :
 - de disponibilité des ressources et d'accessibilité financière des professions médicales et paramédicales impliquées dans la prise en charge des personnes âgées au-delà des médecins, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des gériatres : psychothérapeutes, psychiatres, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens, dentistes, stomatologues, ophtalmologistes... ; une attention particulière devra être accordée à la question de la prévention et des soins bucco-dentaires des personnes âgées ;
 - de la répartition du rôle des différents acteurs d'une part dans les soins d'hygiène (infirmiers, aides soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale...) et d'autre part dans la prévention des chutes (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, STAPS...).
6. Procéder à l'évaluation de l'expérimentation de la réforme de la tarification des SAAD dans le cadre de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 et en tirer toutes les conséquences.
7. En vue d'une expérimentation dans le cadre des projets pilotes, mener des travaux techniques sur le modèle économique et les modalités de mise en œuvre d'une coordination étroite (type

SPASAD) entre une organisation de professionnels libéraux et un service à la personne afin de favoriser la prise en charge globale de la personnes âgée à domicile.

8. Développer, mieux articuler et rapprocher les dispositifs PRADO de la CNAMTS et ARDH de la CNAVTS afin d'optimiser les moyens consacrés à la sortie d'hospitalisation et de couvrir l'ensemble de la population concernée.

9. A terme, détailler dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre les établissements de santé et l'ARS l'organisation hospitalière retenue par l'établissement pour améliorer les parcours de santé.

10. A terme, pour améliorer la prise en charge aux urgences, adapter l'accueil à la spécificité des personnes âgées et l'intégrer à la filière gériatrique. En complément, former les médecins urgentistes à la gériatrie (capacité de gérontologie).

11. Au-delà des projets pilotes, compte tenu du rôle croissant des EMG et des HDJ, les renforcer en personnel dans l'ensemble des régions, redéfinir les missions et le périmètre d'action des équipes mobiles de gériatrie et réviser la circulaire frontière et la tarification des séjours en hôpital de jour gériatrique.

12. Pour généraliser les bonnes pratiques à l'ensemble des unités hospitalières recevant des personnes âgées, intégrer comme critère de certification dans la prochaine version du manuel de certification de la HAS la réduction de l'incidence des événements indésirables induits par les soins et la réduction du risque de perte d'autonomie nosocomiale pour les personnes âgées.

13 Identifier, au niveau stratégique des établissements de santé, une organisation (par exemple la commission de coordination gériatrique) permettant, à partir des organisations déjà mises en place ou de leur extension, de préparer la généralisation des projets pilotes.

14. Développer le recours à la télémédecine (télé expertise, télé consultation) entre établissements de santé et établissements médico-sociaux ainsi que les protocoles de coopération entre professionnels de santé (cf. : article 51 de la loi HPST) notamment concernant la télémédecine.

15. En fonction de son évaluation, généraliser l'expérimentation en cours sur l'accessibilité du dossier pharmaceutique dans les services d'urgence.

16. Saisir sans délai la HAS afin qu'elle produise avant la fin du premier semestre 2013, en concertation avec les professionnels concernés et en lien avec les travaux qu'elle a déjà entamés notamment dans le cadre des expérimentations de l'article 70,

- d'une part, les principales rubriques communes pertinentes pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie pour le VMS, le CRH et le DLU,
- et, d'autre part, un modèle simple de PPS (accompagnement et soins) permettant de formaliser le travail à plusieurs avec des indicateurs partagés.

Ces documents devront être utilisés sur tous les territoires pilotes. Le comité souhaite qu'ils soient également utilisés dans les autres territoires.

Dans l'attente, les acteurs des territoires pilotes s'efforceront d'organiser la rédaction de ces documents dans une logique de parcours.

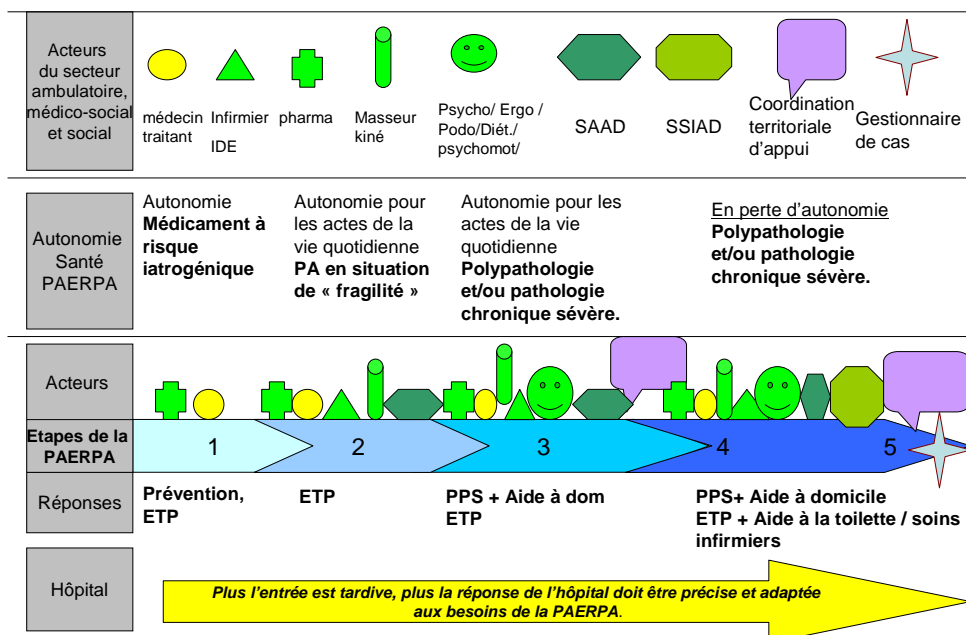
17. Saisir l'ASIP Santé et la HAS afin que s'engage une concertation avec les éditeurs de logiciels pour que les documents de synthèse (VMS, DLU, PPS, CRH) soient structurés et intégrés dans les meilleurs délais aux logiciels métiers des professionnels de ville, des structures de coordination et des établissements. Ces documents serviraient bien évidemment au-delà des projets pilotes.

18. A terme, les documents échangés entre acteurs devront être élaborés sur un support informatique structuré de niveau 3, c'est-à-dire permettant de modifier et d'extraire facilement les principales rubriques qui le composent, et, ainsi de gagner du temps dans l'élaboration des documents. Ces documents pourront ainsi faire l'objet de spécifications utilisables par les éditeurs de logiciels pour être intégrés aux référentiels gérés par l'ASIP Santé.

19. Les logiciels métiers installés (en ville et en établissements de santé et EHPAD) devront progressivement être interopérables et compatibles avec le DMP et la messagerie sécurisée. Le comité recommande d'utiliser les dispositifs d'incitation de type P4P existants (en ville et en établissement de santé voire médico-social) pour favoriser l'atteinte de cet objectif.
20. Généraliser l'usage sur l'ensemble du territoire des quatre outils clés identifiés pour supporter les parcours de santé : annuaire ou répertoire opérationnel des ressources, messagerie sécurisée, DMP, et outils d'aide à la décision d'orientation tels que Trajectoire.
21. Etendre les outils d'aide à la décision d'orientation à l'ensemble du parcours de santé des personnes âgées.
22. A terme, doter la coordination territoriale d'un outil permettant de suivre et de piloter les parcours de santé des personnes âgées, dans le respect des règles de déontologie.
23. Favoriser le lancement de projets de recherche scientifique permettant de compléter ou d'approfondir à moyen terme l'évaluation qui sera menée dans le cadre des projets pilotes.
24. Favoriser le rapprochement des producteurs de données visant à croiser à terme les données de l'assurance maladie et des conseils généraux relatives à la dépendance, pour permettre un suivi plus efficace et une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.
25. Développer les possibilités de fongibilité entre crédits sanitaires et sociaux et à terme, créer dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), un sous ONDAM relatif aux parcours de santé des personnes âgées.
26. Le comité encourage les ARS à se rapprocher des Conseils généraux et des CPAM de leur région afin de créer les conditions favorables à la généralisation des projets pilotes.

Annexe 2 : Schéma de la médecine de parcours en ville dans le cadre des projets pilotes

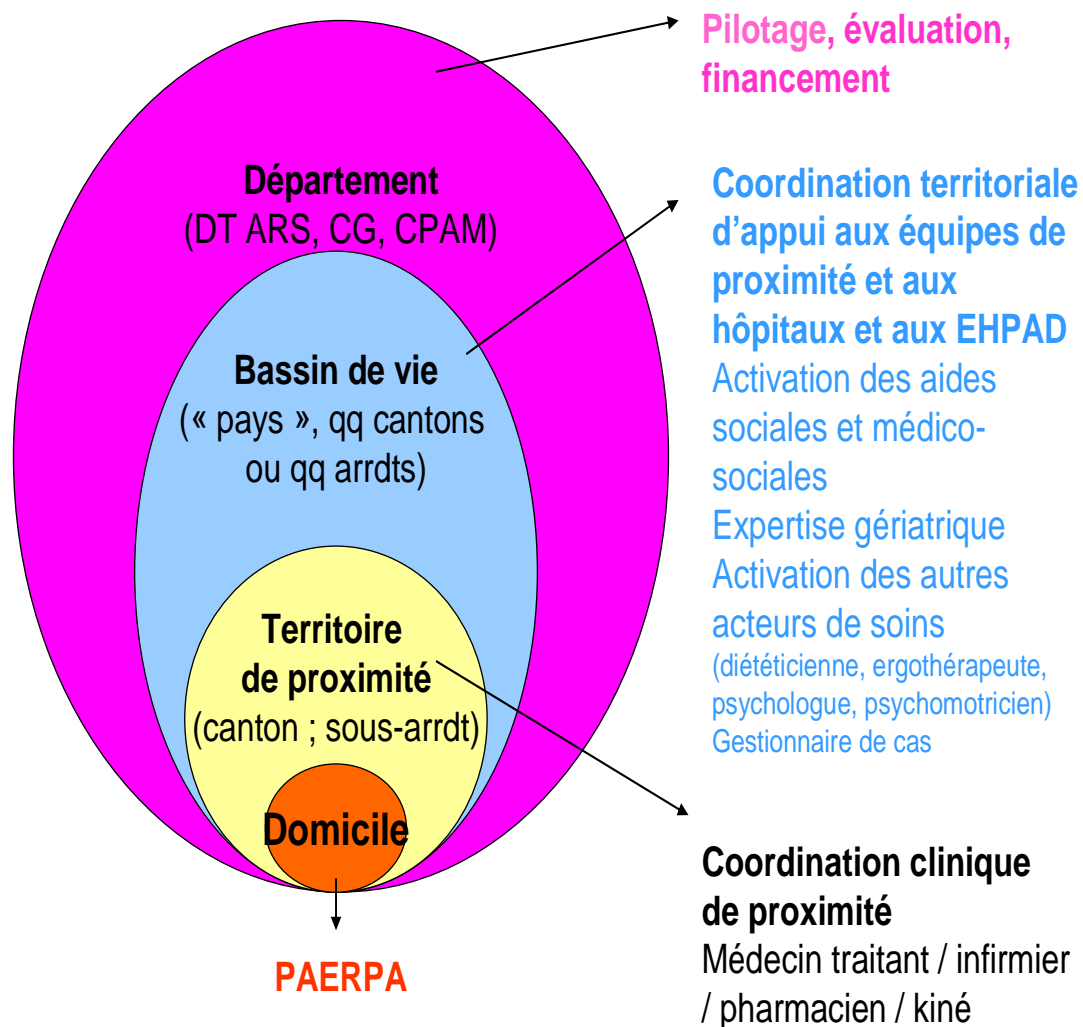
Annexe 2 : Vers une médecine de parcours pour les PAERPA



Source : Schéma conçu et réalisé par le bureau l'atelier 2 et présenté en réunion du 4 octobre 2012

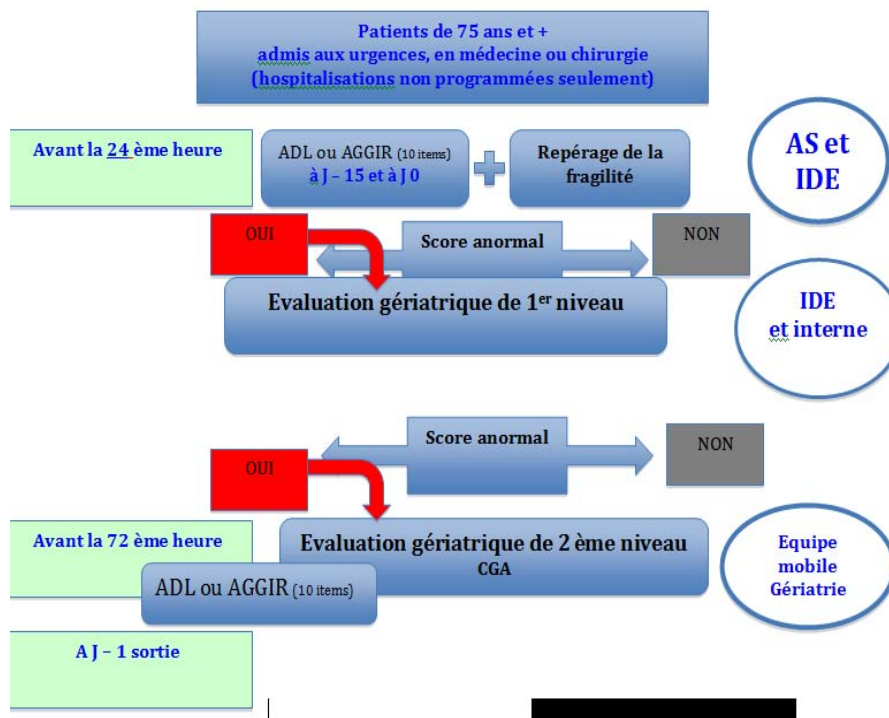
Annexe 3 : Schéma d'intervention des acteurs autour de la personne âgée

Annexe 3 : Schéma d'intervention des acteurs autour de la PAERPA



Source : Schéma conçu et réalisé par le bureau de l'atelier 2 et présenté en réunion du 4/12/2012

Annexe 4 : Schéma de repérage et d'évaluation des personnes âgées internes aux établissements de santé



Source : Professeur Claude Jeandel

Annexe 5 : Calendrier récapitulatif du processus d'évaluation

**Annexe 6 : Précisions sur la population cible,
présentation de la CNAMTS au copil du
27 septembre 2012**

Personnes âgées en risque de perte d'autonomie: typologie des patients

COPIL PAERPA du 27 septembre 2012

DSES
DEPP
COPIL PAERPA 27 septembre 2012

SECURITE
SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

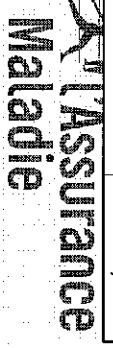
Les pathologies les plus fréquentes chez les 75 ans et +

Attention: données non additives, un même patient pouvant avoir plusieurs pathologies

Catégories de patients	Personnes de 75 ans et + (n = 4 631 236 ind.)		Échantillon 60-74 ans (n = 997 942 ind.)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
HTA traitée	3 145 228	68%	472 374	47%
Hyperlipidémie traitée	1 810 055	39%	356 702	36%
Diabète traité	659 857	14%	130 784	13%
Pathologies cardio-vasculaires	1 323 981	29%	126 624	13%
Pathologies neuro-psychiatriques autres* qu'Alzheimer/démences	924 957	20%	132 874	13%
	106 914	2,3%	5 972	0,6%
Cancers	671 615	15%	102 219	10%
Asthme ou BPCO	422 349	9%	66 499	7%
Alzheimer et autres démences	327 045	7%	5 224	0,5%
Pathologies rhumatismales et inflammatoires	60 481	1,3%	11 210	1,1%
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	17 426	0,4%	5 935	0,6%
Dialyse et greffe rénale	13 919	0,3%	1 534	0,2%

*Névroses, psychoses, dépression, retard mental, parkinson, épilepsie, sclérose en

DSES
DEPP
COPIL PAERPA 27 septembre 2012



Caisse Nationale

Zoom sur les pathologies cardio-vasculaires

Attention: données non additives, un même patient pouvant avoir plusieurs pathologies	Personnes de 75 ans et + (n = 4 631 236 ind.)		Échantillon 60-74 ans (n = 997 942 ind.)	
	Effectif	%	Effectif	%
Patients avec au moins une pathologie cardio-vasculaire parmi lesquels:	1 323 981	29%	126 624	13%
1. Patients avec maladie coronaire, Infarctus du myocarde, AVC ou artérite	746 972	16%	74 638	7%
dont maladie coronaire (sauf infarctus)	465 527	10%	46 580	5%
dont AVC	196 858	4%	15 262	1%
dont artérite des membres inférieurs	129 454	3%	14 080	1%
dont infarctus du myocarde	61 318	1%	8 466	1%
2. Patients avec autres pathologies cardio-vasculaires	854 412	18%	70 265	7%
dont troubles du rythme et de la conduction	431 585	9%	25 054	2%
dont insuffisance cardiaque	254 844	5%	10 758	1%
dont maladie valvulaire	123 507	3%	9 255	1%
dont autres pathologies cardio-vasculaires*	382 797	8%	41 210	4%

SECURITE SOCIALE

* Pathologies cardio-pulmonaires, cardiaques (myocardites, endocardites...), pathologies veineuses et artérielles

L'Assurance Maladie

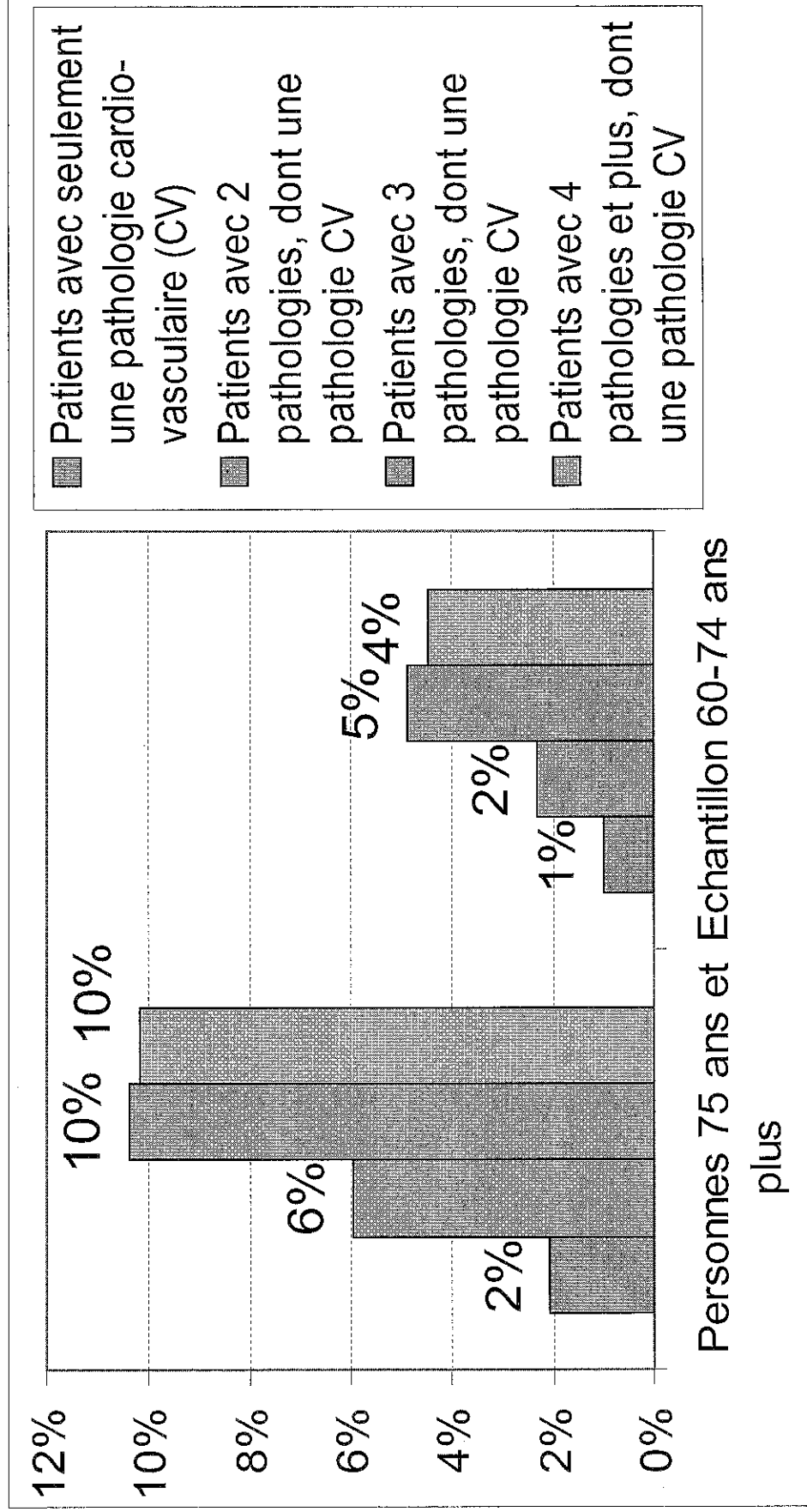
DSES
DEPP
COPIL PAERPA 27 septembre 2012

Caisse Nationale

Peu de patients de 75 ans et + sans pathologie

	Personnes de 75 ans et + (4 631 236 ind.)		Échantillon 60-74 ans (997 942 ind.)	
	N	%	N	%
Patients sans aucune pathologie tracée	648 178	14	306 192	31
Patients sans ALLD	1 997 578	43	643 290	65
Patients sans pathologie cardio-vasculaire	3 307 255	71	871 318	87

Des patients de 75 ans et + fréquemment poly-pathologiques



Recours aux professionnels de santé (libéraux)

- en moyenne 8 consultations/visites par an de généralistes pour les 75 ans et plus versus 6 entre 60 et 74 ans

		Personnes de 75 ans et + (n = 4 631 236 ind.)		Échantillon 60-74 ans (n = 997 942 ind.)	
		Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
<i>Attention: sous-estimation possible en raison de la non remontée dans les bases des données pour les patients en EHPAD, SSR...</i>					
Nombre d'actes de consultations ou de visites					
Généralistes		7,9	6	5,6	5
Spécialistes		2,1	1	2,2	1
		<i>dont cardiologues</i>			
Nombre de séances					
Masseurs Kinésithérapeutes (avec au moins un acte AMK, AMC, AMS)		1,4	0	0,7	0
Infirmiers (avec au moins un acte infirmier AMI, AIS)		5,7	1	1,9	0

Champ : Consommateurs du RG (y compris SLM), année 2010

Une consommation fréquente de médicaments chez les 75 ans et +

- En moyenne, près de 7 molécules différentes (classe ATC) délivrées au moins 3 fois dans l'année chez les 75 ans et plus (versus 4 ou 5 entre 60-74 ans)

	Personnes de 75 ans et plus		Échantillon 60-74 ans	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Nombre de dates de délivrances en 2010	15,4	15	12,6	13
Nombre de molécules (classe ATC) avec au moins trois dates de délivrances en 2010	6,8	7	4,5	4

Fréquences de certains traitements

(au moins 3 délivrances dans l'année)

CLASSES DE MEDICAMENTS	Personnes de 75 ans et + (n = 4 631 236 ind.)		Échantillon 60-74 ans (n = 997 942 ind.)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Agents Anti-thrombotiques (B01A)	1 827 130	39%	187 363	19%
<i>dont Anti-vitamine K</i>	509 114	11%	37 077	4%
Antihypertenseurs	3 145 228	68%	472 374	47%
<i>dont Diurétiques</i>	1 881 933	41%	237 090	24%
Vasodilatateurs périphériques (C04) et Vasoprotecteurs (C05)	300 830	6%	28 372	3%
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (M01A)	755 041	16%	196 506	20%
Anxiolytiques (N05B)	1 004 773	22%	142 312	14%
Hypnotiques et sédatifs (benzodiazépines)	576 716	12%	77 624	8%
Antidépresseurs (N06A)	737 525	16%	106 929	11%
Neuroleptiques (N05A)	150 881	3%	20 780	2%
Thymoregulateur (Lithium)	4 813	0,1%	2 002	0,2%

Champ : Consommateurs du RG (y compris SLM), année 2010

Des hospitalisations en MCO plus longues et plus fréquentes chez les 75 ans et +

- 33% des 75 ans et plus ont été hospitalisés au moins une fois en MCO, en moyenne 12 jours en 2010
- 44% des 75 ans et plus hospitalisés ont eu au moins une hospitalisation en urgence

	Personnes de 75 ans et + (n = 4 631 236 ind.)	Échantillon 60-74 ans (n = 997 861 ind.)
Patients avec au moins un séjour MCO	33%	23%
Patients avec au moins un séjour MCO urgent (ind. ATIH)	14%	5%
<i>Au moins un séjour MCO urgent (ind. ATIH) parmi les personnes hospitalisées (au moins un séjour MCO)</i>	44%	23%
Part des hospitalisations en urgence (ind. ATIH) dans le total des séjours	24%	11%
Nombre moyen de jours d'hospitalisation MCO en 2010 parmi les personnes hospitalisées	12	7

Annexe 7 : Liste des institutions participant au comité national de pilotage PAERPA

Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé)
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Agence régionale de santé de Lorraine
Agence régionale de santé des Pays de la Loire
Agence régionale de santé d'Ile-de-France
Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon
Agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais
Agence régionale de santé de Rhône Alpes
Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)
Assemblée des départements de France (ADF)
Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
CHU de Montpellier
Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)
Conférence nationale de la santé
Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS)
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Direction de la sécurité sociale (DSS)
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Direction générale de la santé (DGS)
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)
Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)
Fédération Hospitalière de France (FHF)
Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées (FNAQPA)
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)
Fédération nationale des réseaux gérontologiques
Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
Fondation de l'Avenir
Haute autorité de santé (HAS)
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)
Mission Alzheimer
Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales

Syndicat des médecins libéraux (SML)

Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Agées (Synerpa)

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCASS)

Union nationale des professions de santé UNPS (UNPS)

Union nationale des réseaux de santé (UNR santé)

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPS)

Bibliographie générale

HCAAM

Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, avis du 22 mars 2012, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Assurance maladie et perte d'autonomie ; contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, HCAAM, juin 2011.

Vieillesse, longévité et assurance maladie, HCAAM, avril 2010.

IGAS

La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements, IGAS, RM 2012-035 P, janvier 2010.

L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, IGAS, RM2011-064P, mai 2011.

Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, IGAS, RM2009-035P, juillet 2009.

Rapport de la mission IGAS sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées, RM2011-040P, mars 2011.

Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, IGF-IGAS, RM 2012-083P, juin 2012.

Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles, IGAS-IGF, octobre 2010.

L'hospitalisation à domicile, RM 2010-109P, novembre 2010.

Financement des soins dispensés dans les EHPAD – évaluation de l'option tarifaire dite globale, RM 2011-113P, octobre 2011.

Société et vieillissement, Annick Morel, Olivier Weber, juin 2011.

HAS

Le parcours personnalisé de soins, février 2012.

ANAP

Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire : réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ANAP, janvier 2012.

Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire, ANAP, juin 2011.

Centre d'analyse stratégique

Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé, Centre d'analyse stratégique, décembre 2011.

Cour des comptes

La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents, Cour des comptes, rapport public annuel, février 2012.

IRDES

L'accessibilité potentielle localisée : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux généralistes libéraux, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, n°174, mars 2012.

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Etat de l'art relatif aux parcours de santé des personnes âgées, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales / ARS, janvier 2012.

FFMPS

A propos du parcours de soin des personnes âgées, note de la Fédération française des maisons et pôles de santé FFMPS, juin 2012.

MECSS

Refonder la tarification hospitalière au service du patient, rapport d'information, Jacky LE MENN et Alain MILON au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, juillet 2012.

DREES

Etudes et résultats, aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie, DREES, n°799, mars 2012.

Autres

Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, rapport rédigé par Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, Philippe Vigouroux, avril 2006.

Rapport relatif aux difficultés financières et à la tarification de l'aide à domicile, Bérange Poletti, Députée des Ardennes, janvier 2012.

Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, Jean-Marc Juilhard, Bérange Crochemore, Annick Touba, Guy Vallancien, 2009.

Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés, C. Lafont, S. Gérard, T. Voisin, M. Pahot, B. Vellas, et les membres du IAGG/AMPA Task Force, Springer-Verlag France 2011.

Refonder l'aide et l'accompagnement à domicile, rapport de l'ADF, mars 2012.

Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : mesure des inadéquations et coût des inadéquations hospitalières, DGOS, 2011.

FICQS, rapport d'activité 2011, septembre 2012.

Aînés dans le besoin, aidants dans la détresse : quels sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada ? Conseil canadien de la santé, avril 2012.

La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, Etude réalisée pour la Fondation Paul Bennot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas, Sébastien Gand, janvier 2011.

Bibliographie détaillée

Bibliographie établie par le Pr Sylvie Legrain et le Pr Claude Jeandel.

Rôle de la coordination des acteurs et de l'éducation thérapeutique des malades dans le parcours des sujets atteints de maladie(s) chronique(s)

Reuben DB Better care for older people with chronic diseases: An emerging vision. *JAMA* 2007;298:2673–2674.

Haggerty JL. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. Building continuity of care takes work but earns trust. *BMJ* 2012; 345:e5915

Bodenheimer T. Coordinating care—A perilous journey through the healthcare system. *N Engl J Med* 2008;358:1064–1071.

Paraponaris A, Guerville MA, Cabut S, Obadia Y, Verger P. Education thérapeutique et hospitalisation à domicile. *DREES. Etudes et résultats N° 753* • février 2011.

Enseignements de la cohorte nationale SAFES

Lang PO, Dramé M, Mahmoudi R, Jolly D, Lanièce I, Saint-Jean O, Somme D, Heitz D, Gauvain JB, Voisin T, de Wazières B, Gonthier R, Jeandel C, Couturier P, Ankri J, Blanchard F, Novella JL.

La fragilité : les enseignements de l'étude de la cohorte SAFES et les perspectives d'avenir en matière de recherche. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011 ; 9 (2) : 135-49. Revue.

Dramé M, Lang PO, Novella JL, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, Somme D, Gauvain JB, Heitz D, Voisin T, de Wazières B, Gonthier R, Ankri J, Saint-Jean O, Jeandel C, Couturier P, Blanchard F, Jolly D. Six-month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: the SAFES cohort. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2012 Jun;60(3):189-96.

Dramé M, Fierobe F, Lang PO, Jolly D, Boyer F, Mahmoudi R, Somme D, Laniece I, Heitz D, Gauvain JB, Voisin T, De Wazieres B, Gonthier R, Ankri J, Saint-Jean O, Couturier P, Jeandel C, Blanchard F, Novella JL. Predictors of institution admission in the year following acute hospitalisation of elderly people. *J Nutr Health Aging*. 2011 May;15(5):399-403.

Dramé M, Lang PO, Jolly D, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, Somme D, Gauvain JB, Heitz D, Voisin T, de Wazières B, Gonthier R, Ankri J, Saint-Jean O, Jeandel C, Couturier P, Blanchard F, Novella JL. Nursing home admission in elderly subjects with dementia: predictive factors and future challenges. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Jan;13(1):83.

Somme D, Lazarovici C, Dramé M, Blanc P, Lang PO, Gauvain JB, Voisin T, Gonthier R, De Wazières B, Jeandel C, Couturier P, Blanchard F, Saint-Jean O. The geriatric patient: use of acute geriatrics units in the emergency care of elderly patients in France. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Jan-Feb;52(1):40-5.

Facteurs de risque d'hospitalisations évitables et axes d'amélioration de la prise en charge hospitalière

Les problèmes liés au médicament (iatrogénie, observance et insuffisance de traitement)

Michel P, Minodier C, Moty – Monnereau C, Lathelize M, Domecq S, Chaleix M, Kreti M, Roberts T, Nitario L, Bru-Sonneti R, Quintars B, Quenon JL, Olier L. Les événements indésirables graves

dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. Résultats de l'étude ENEIS.

DREES Etudes et résultats N° 761 • mai 2011

Avorn J. Medication use in older patients: better policy could encourage better practice. *JAMA*. 2010 Oct 13; 304(14):1606-7.

Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, Farrar K, Park BK, Breckenridge AM. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: Prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004;329:15–19.

Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med*. 2011 Nov 24;365(21):2002-12.

Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150:841–845.

Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, Hanlon JT. Appropriate prescribing in elderly people: How well can it be measured and optimised? *Lancet* 2007;9582:173–184.

Avorn J. Medication use in older patients: Better policy could encourage better practice. *JAMA* 2010;14:1606–1607.

Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rotschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003;9:1107–1116

Marcum ZA, Amuan ME, Hanlon JT, Aspinall SL, Handler SM, Ruby CM, Pugh, MJV. Prevalence of Unplanned Hospitalizations Caused by Adverse Drug Reactions in Older Veterans. *J Am Geriatr Soc* 60:34–41, 2012.

Steinman MA, Handler SM, Gurwitz JH, Schiff GD, Covinsky KE. Beyond the Prescription: Medication Monitoring and Adverse Drug Events in Older Adult. *J Am Geriatr Soc* 59:1513–1520, 2011.

La dénutrition

Wilson MM, Vaswani S, Liu D, Morley JE, Miller DK. Prevalence and causes of undernutrition in medical outpatients. *Am J Med* 1998;104:56–63.

Friedmann JM, Jensen GL, Smiciklas-Wright H, Camish MA. Predicting early nonelective hospital readmission in nutritionally compromised older adults. *Am J Clin Nutr* 1997;65:1714–1720.

Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. *Med Clin North Am* 2006;90:887–907.

La dépression

Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: A diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004;10:2375–2382.

Bula CJ, Wietlisbach V, Burnand B, Yersin B. Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical inpatients. *Arch Intern Med* 2001;161:2609–2615.

Garner JB. Problems of nonadherence in cardiology and proposals to improve outcomes. *Am J Cardiol* 2010;10:1495–1501.

Les chutes

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). *The Cochrane Library* 2012 Issue 11.

Le rôle des équipes mobiles gériatriques en service d'orthopédie

Vidan M, A. Serra J, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* 2005 ;53 :1476-1482.

Mak JCS, Cameron ID and March LM Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. *Med J Aust* 2010; 192 (1): 37-41

Friedman SM, Mendelson DA, Kates SL, McCann RM. Geriatric Co-Management of Proximal Femur Fractures: Total Quality Management and Protocol-Driven Care Result in Better Outcomes for a Frail Patient Population. *J Am Geriatr Soc* 2008 ; 56 :1349-56.

La fragilité

Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B and the platform team. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle of Toulouse, France. *J Nutr Health Aging* sept 2012 ; 16(8) :714-20

Essais d'intervention multi-facettes, associant amélioration de la prescription, éducation thérapeutique et coordination, soit centrés sur une maladie comme l'insuffisance cardiaque, soit réalisés auprès du sujet polypathologique admis en urgence en court séjour gériatrique.

Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of patients with congestive heart failure. *New Eng J Med* 1995;333:1190–1195.

Gonseth J, Guallar-Castillon P, banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 2004;25:1570–1595.

Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E, Taillandier – Heriche E, Thomas C, Verny M, Pasquet B, Lasserre Moutet A, Lieberherr D, Lacaille S. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*.2011: Nov ;59(11):2017-28.

Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C, Delpierre S, Lieberherr D, Lemaire A, Tubach F, Lacaille S, Legrain S and the OMAGE group. Drug-related readmissions in medical units of older adults discharged from acute geriatric units. Results of the OMAGE multicenter randomized controlled trial and the OMAGE study group. *J Am Geriatr Soc* (sous presse)

