

## **Cahier des charges relatif à l'extension d'un territoire pilote PAERPA par nouvelle région**

### **2<sup>nd</sup>e génération**

Le présent cahier des charges est édité en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013. Il est proposé aux agences régionales de santé (ARS) telles qu'issues de la réforme territoriale n'expérimentant pas les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Il reprend les éléments du cahier des charges national adopté par le comité national Paerpa le 20 décembre 2012 en centrant le modèle sur le premier recours et l'articulation nécessaire pour éviter toutes ruptures de prise en charge au sein et entre les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social. Le principe de subsidiarité des organisations et des financements est également reposé du fait de la volonté clairement affichée dans ce cahier des charges de mieux articuler les dispositifs de coordination et d'intégration actuels (guichet intégré MAIA, réseaux, maisons départementales de l'autonomie, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé,...) et les dispositifs expérimentaux en cours.

Actuellement, sur la base du cahier des charges national Paerpa adopté par le comité national le 20 décembre 2012, 9 territoires pilotes, sélectionnés par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en mai 2013 se déploient. Il s'agit de territoires des régions Aquitaine, Bourgogne, Centre Val de Loire, Ile de France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de Calais et Pays de Loire.

L'arrêté du 8 octobre 2014 a fixé le périmètre territorial de mise en œuvre des projets pilotes dans chacune des 9 régions.

Cette extension du dispositif Paerpa à l'ensemble des régions en 2016 marque une première étape vers la potentielle généralisation des parcours pilotes selon des modalités qui tiendront compte des conclusions de l'évaluation.

Elle se doit de contribuer aux objectifs du plan triennal ONDAM 2015-2017 et notamment ceux relatifs à l'amélioration de la qualité de l'offre hospitalière et à l'adaptation des prises en charge afin de permettre le virage ambulatoire.

Enfin, cette extension s'inscrit dans les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé (équipe de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plates-formes territoriales d'appui, groupements hospitaliers de territoires ...) et tient compte également des dispositions de coordination entre les ARS et les départements prévues dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (notamment à l'article 76) pour assurer la coordination de l'action gériatrique.

### I. Population cible

Prévus par l'article 48 de la LFSS pour 2013, les parcours pilotes Paerpa s'adressent aux personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire pilote dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

### II. Objectifs

Ils ont pour but de leur permettre de bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels avec les bonnes informations, dans les bonnes structures, et le tout au meilleur coût.

Cette démarche poursuit ainsi trois objectifs essentiels :

- améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, en réduisant le recours à l'hospitalisation et la durée des hospitalisations complètes ainsi qu'en améliorant les conditions de prises en charge des personnes âgées hospitalisées ;
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie c'est-à-dire à la transversalité et à la coordination des acteurs ;
- créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

La démarche promeut une action en amont du risque de perte d'autonomie en agissant notamment sur les quatre motifs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée :

- dépression ;
- iatrogénie médicamenteuse ;
- dénutrition ;
- chutes.

Il s'agit donc d'une approche populationnelle et non thématique intégrant l'ensemble des acteurs intervenant, à un moment ou un autre, dans le parcours de santé de la personne âgée de 75 ans et plus habitant sur un territoire défini.

### III. Le modèle organisationnel des parcours pilotes Paerpa – 2<sup>ème</sup> génération

Sur la base des recommandations des rapports de l'HCAAM (2010, 2011, 2012), des travaux nationaux d'élaboration du dispositif Paerpa et des premiers retours d'expérience des 9 territoires pilotes, le dispositif Paerpa 2<sup>nde</sup> génération est recentré sur le 1<sup>er</sup> recours, le suivi et la gestion des transitions entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

**Dès lors, les actions suivantes devront être déployées sur les territoires :**

#### A. La gouvernance

L'ARS, pilote du dispositif, assure la gouvernance du projet en lien étroit avec le conseil départemental, les organismes locaux d'assurance maladie et de vieillesse, les unions régionales de professionnels de santé (URPS), les établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux et les représentants des usagers du territoire.

Elle négocie avec le Conseil départemental, les organismes locaux d'assurance maladie et de vieillesse et plus particulièrement la CPAM et les URPS une convention cadre de mise en œuvre du projet précisant les engagements des uns et des autres au regard des actions à déployer (moyens

humains, logistiques, financiers). Cette convention est cohérente avec les orientations du schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées et du projet régional de santé.

L'ARS se mobilise au plus haut niveau sur le dispositif et veille à ce que le modèle défini dans le cahier des charges soit mis en œuvre sur le territoire pilote situé dans sa région. Elle nomme un chef de projet en charge d'être l'interlocuteur unique des acteurs locaux et nationaux pour la mise en œuvre de PAERPA.

Dans chacun des territoires, sous l'égide de l'ARS, sont installées les instances de gouvernance suivantes :

- une instance stratégique présidée par le Directeur général de l'ARS comprenant a minima le conseil départemental, les organismes locaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les représentants des professionnels de santé. Cette instance veille à la bonne exécution du projet pilote, au respect des engagements pris par les acteurs locaux et s'assure de la cohérence des démarches et initiatives locales, au regard des objectifs du projet pilote. Il rend les arbitrages nécessaires en conséquence. Elle est une instance décisionnelle et évaluative ;
- Une instance tactique composée notamment de l'ensemble des représentants des acteurs de santé des trois secteurs et des personnes âgées du territoire. Elle a vocation à identifier les besoins de santé, d'offre de soins et de services dans le cadre d'une responsabilité populationnelle, de définir des indicateurs de suivi régionaux, ainsi que les axes de la formation nécessaires sur le territoire. Cette instance est organisée par l'acteur responsable de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) et est une instance opérationnelle de pilotage.

Cette gouvernance est essentielle pour la compréhension partagée des objectifs du projet et donc pour la réussite de ce dernier. Elle peut, toutefois, s'appuyer sur des instances existantes, et en particulier la table tactique de la MAIA si celle-ci est déployée, dès lors qu'elles intègrent les partenaires cités ci-dessus et couvrent le territoire cible.<sup>1</sup>

Un diagnostic, sur la base du modèle proposé par l'ANAP, devra être réalisé dans le 1<sup>er</sup> mois du projet et partagé avec l'ensemble des opérateurs impliqués afin d'identifier ensemble les ruptures de prise en charge et définir la feuille de route à mettre en œuvre en lien avec les actions existantes sur le territoire. Ce diagnostic s'appuiera sur les diagnostics/outils déjà réalisés par les acteurs et dispositifs (Pilote MAIA, Contrats locaux de santé) et s'attachera tout particulièrement à identifier l'ensemble des dispositifs de coordination, à décliner leurs missions (périmètre et champs d'intervention, populations cibles, activités,...) et leurs mises en cohérence. Il intégrera également un volet système d'informations.

## B. Les coordinations

### 1. Les coordinations cliniques de proximité et les plans personnalisés de santé

**L'objectif est de formaliser la mobilisation des professionnels de proximité au plus près des personnes âgées et au plus tôt dans le parcours. A cette fin, la « coordination clinique de proximité » est au cœur du dispositif envisagé.**

La coordination clinique de proximité (CCP) rassemble, sous l'égide du médecin traitant qui a la charge de l'organiser, un ou plusieurs professionnels de santé<sup>2</sup>. Cette CCP est centrée sur un noyau de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes âgées que sont le médecin traitant, l'infirmier (libéral, SSIAD, SPASAD, centre de santé), le pharmacien d'officine et un autre professionnel de santé en fonction des besoins tel que le masseur-kinésithérapeute.

---

<sup>1</sup> La gouvernance mise en œuvre devra prendre en compte les dispositions de la loi santé.

<sup>2</sup> Cf lien avec l'approche pluridisciplinaire portée par les articles 64 et 65 de la loi de santé.

Le pilotage de la CCP est assuré par le médecin traitant qui s'entoure des aides et des acteurs sanitaires et sociaux nécessaires dont notamment la Coordination Territoriale d'Appui (CTA).

Les professionnels de santé regroupés dans la CCP sont ceux qui sont en charge de la personne âgée dans le respect du libre choix de son praticien par le patient

L'objectif de cette CCP est double :

- soutenir autant que possible la personne âgée à domicile et ses aidants ;
- limiter le recours inapproprié de la personne âgée à un établissement de santé en urgence en améliorant les pratiques autour de quatre facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées (les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, la dépression et les chutes) ;
- gérer de manière optimisée le suivi à domicile plus particulièrement en cas de sortie d'hospitalisation ou de confinement à domicile.

A cette fin, la CCP, sous la responsabilité du médecin traitant, élabore le volet soins du plan personnalisé de santé (PPS), qui peut être complété, si besoin par un volet « aides » réalisé avec l'aide des professionnels sociaux après recueil du consentement et évaluation de la personne âgée.

Le PPS élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) est un plan d'actions formalisé à plusieurs, sous la responsabilité du médecin traitant, pour la mise en œuvre d'interventions pluriprofessionnelles. Ses objectifs sont partagés avec le patient. Il implique donc le médecin traitant et les professionnels composant la CCP. Les professionnels de santé formalisent un PPS, qui permet de gérer et d'anticiper les modalités de prise en charge. Ce document :

- caractérise la situation sociale et sanitaire de la personne (sans mentionner les diagnostics médicaux) ;
- définit un plan d'action avec un volet aide et un volet soins ;
- définit des indicateurs de suivi partagés, pour l'ensemble des acteurs impliqués auprès de la personne âgée et notamment les autres professionnels de santé (diététicien, podologue, orthophoniste...).

Le PPS est donc piloté par le médecin traitant et mis en œuvre par plusieurs professionnels. Conformément au référentiel HAS du PPS, le médecin traitant est le professionnel référent du PPS. Toutefois, il peut déléguer cette fonction à un acteur de la CCP. Il est obligatoirement composé du volet sanitaire. Le volet social, s'il est nécessaire, est complété avec le secteur concerné. L'élaboration du PPS nécessite une évaluation de l'état de santé lors d'une visite à domicile dans la plupart des cas qui sera réalisée par le médecin traitant et/ou l'infirmier choisi par la personne âgée.

Le PPS est rémunéré 100 € par an. Il rémunère les professionnels de santé de la CCP intervenant au plus près de la personne âgée à savoir le médecin traitant obligatoirement en tant que responsable du PPS et un ou deux professionnels de santé que sont l'infirmier, le pharmacien et le masseur-kinésithérapeute. A cet effet, l'assurance maladie a créé un code acte PPS qui se décline par coefficient en fonction du type de professionnel de santé. Ce forfait est liquidé par l'assurance maladie (caisse d'affiliation du patient) entre ces professionnels (a minima 2 et au maximum 3). Les règles de répartition sont, pour les professionnels de santé libéraux isolés, arrêtées nationalement. Si la CCP exerce au sein d'une structure, le forfait de 100 € est versé à celle-ci, à charge pour elle de le répartir entre les professionnels.

## 2. La coordination territoriale d'appui et ses fonctions d'appui

Le rapprochement et la mise en cohérence des approches sanitaires, médico-sociales et sociales s'effectuent dans le cadre d'une coordination territoriale d'appui (CTA). Celle-ci n'entraîne pas la création d'une nouvelle structure mais repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (guichets intégrés MAIA, centres locaux d'information et de coordination - CLIC, réseaux, filières, structures d'exercice coordonnées,...).

Agissant en subsidiarité, elle n'intervient que sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants et soutient les professionnels de proximité tout en veillant à ne pas s'y substituer ni à les démobiliser.

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

### **a. Information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales des professionnels des trois secteurs, des personnes âgées et de leurs aidants.**

Ainsi, la CTA, et donc ses composantes, a une connaissance exhaustive des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire et est en capacité de répondre à l'ensemble des professionnels et de la population du territoire. Pour cela, elle s'appuie sur un numéro unique voire un guichet unique et un répertoire ou annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales. Le numéro unique à destination des professionnels et/ou des personnes âgées est ouvert sur des plages horaires élargies.

### **b. Activation des expertises et prestations sanitaires, médico-sociales et sociales**

A la demande des professionnels, après repérage de la personne âgée en risque de perte d'autonomie, et principalement dans le cadre d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS), la CTA appuie les professionnels dans les démarches administratives d'accès aux droits, aux soins et aux aides via des coordinateurs dits d'appui sociaux (expertise gériatrique, CLIC, réseaux, référents APA, travailleurs sociaux des organismes d'assurance vieillesse, assistants sociaux des établissements et services, ANAH,...) ou sanitaires (réseau, EMG, HAD, Consultations spécialisées (mémoire, ...), expertise psychiatrique, en soins palliatifs, ...). Cette mission est particulièrement fondamentale dans le cadre de la préparation des entrées et de sorties d'hospitalisation et du recours à la filière gériatrique. Elle doit se coordonner avec les dispositifs de droits communs ou les prestations extra-légales fournies par les organismes de sécurité sociale (ARDH, PRADO).

### **c. Appui aux CCP, et en particulier aux médecins traitants**

En sus des deux missions citées supra, la CTA peut appuyer les professionnels composant la CCP dans la réalisation et le suivi administratif des PPS, après recueil du consentement de la personne âgée, en recensant :

- les consentements des personnes âgées. A défaut, La CTA peut recueillir le consentement de la personne âgée ;
- les noms et coordonnées des acteurs composant la CCP. Dans ce cadre, elle peut communiquer les noms des professionnels pour éviter toute rupture de prise en charge ; les PPS (appui aux professionnels, centralisation, stockage, suivi administratif,...).

La CTA ne juge pas de l'opportunité ou du contenu du PPS. Ce dernier est de la responsabilité du médecin traitant.

#### **d. Observance des évènements de rupture de parcours (outils, méthodologie,...)**

La CTA a un rôle de veille et d'identification des ruptures, de recensement des manques et des besoins et de mise en œuvre de travaux partagés.

La CTA assure, à travers ses fonctions, un rôle décisif dans la structuration des acteurs au niveau territorial. Un ou plusieurs des acteurs de cette coordination sont responsables de l'organisation et de la mise en œuvre des fonctions d'appui de la CTA.

La CTA est un dispositif de coordination dédiée aux personnes âgées. Elle s'inscrit, par ailleurs, dans la démarche plus globale portée par la loi de modernisation du système de santé qui prévoit la création de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). Ainsi, une réflexion sur le périmètre de la CTA doit être menée pour intégrer les dispositions à venir.<sup>3</sup>

### **3. La mobilisation des acteurs sanitaire, médico-social et social dans le suivi de la gestion des transitions du parcours de santé de la PAERPA <sup>4</sup>**

L'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie suppose que les établissements et services participent activement aux dispositifs de coordination et gèrent de manière optimale les différentes transitions du parcours (ville-hôpital, hôpital-ville, EHPAD-hôpital, etc.) en prenant mieux en compte les spécificités de la population des personnes âgées. Les transitions passent par une meilleure circulation d'informations entre les professionnels (libéraux et salariés) via notamment la messagerie sécurisée en santé et le DMP.

En ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge en établissements de santé et des transitions ville-hôpital, les établissements de santé devront mobiliser la communauté hospitalière autour de la prise en charge des personnes âgées, par une gouvernance adaptée. Ils seront appelés à mieux repérer et évaluer les besoins des personnes âgées en leur sein (notamment dans les unités de médecine et de chirurgie), à mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique (iatrogénie médicamenteuse, ...) et à en assurer le suivi et l'évaluation. Ils mettront en place un numéro de téléphone unique de gériatrie afin de faciliter l'accès à un avis gériatrique pour les médecins généralistes et à l'organisation des hospitalisations programmées. Ils auront également pour objectif de favoriser la coordination ville-hôpital. Pour ce faire, ils s'engagent à préparer la sortie des personnes âgées en amont et à organiser les relations avec leurs partenaires du parcours, notamment l'échange d'informations permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions. Ainsi, ils orientent la personne âgée vers la CCP, transmettent les éléments nécessaires à la formalisation ou la complétude du PPS au médecin traitant ou à la CCP (évaluation gériatrique,..) et adressent, au médecin traitant, le Document de Sortie d'Hospitalisation (DSH –ex-CRH) le jour de la sortie du patient.<sup>5</sup> La CTA est en appui des établissements de santé en cas de besoin pour organiser la sortie d'hospitalisation. Lorsque le dispositif PRADO est déployé, une recherche de complémentarité est à mettre en place.

Les établissements de santé s'organisent pour permettre aux EHPAD et à la ville de bénéficier de leur expertise (filière gériatrique, expertise psychiatrique, HAD, Equipe Mobile Gériatrique -EMG, etc.).

Ainsi, les établissements de santé et les EHPAD s'engagent à détailler des procédures précises d'amont d'entrée/sortie d'hospitalisation et sortie/retour en EHPAD des résidents dans la convention signée entre l'établissement de santé et les EHPAD et à en faire un bilan annuel en présentiel. Ce

---

<sup>3</sup> L'article 74 prévoit que les PTA viennent en soutien des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux afin de les appuyer dans la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, sans distinction d'âge, ni de pathologie. Aussi, il ne pourra y avoir deux dispositifs à destination des professionnels sur un même territoire.

<sup>4</sup> Le cahier des charges national PAERPA de janvier 2013 reste une référence sur les missions et les engagements des acteurs.

<sup>5</sup> La loi santé porte par son article 95 la création d'une lettre de liaison en lien avec le DSH.

bilan est transmis à l'ARS et participe à l'évaluation des dispositifs pilotes (conditions d'entrées/sortie – jours/heures, personnes référentes, organisation du transfert,...).

Les établissements de santé et les EHPAD utilisent les modes de communication qu'ils ont déterminés ensemble pour échanger des informations pertinentes (prescriptions médicamenteuses et de soins infirmiers, kinésithérapeutes etc.) à l'entrée et la sortie des résidents de l'EHPAD en établissements de santé (messagerie sécurisée de santé, DMP/DLU...) pour une prise en charge immédiate et efficace. Tous les établissements sanitaires devront être entrés dans la démarche de transmission des documents structurants la prise en charge via une messagerie sécurisée de santé (MSSanté) conforme à l'espace de confiance de l'ASIP Santé.

Quant aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ils devront améliorer la prise en charge interne des résidents en mettant en place et en actualisant les projets de vie personnalisés, en renforçant leurs liens avec les médecins traitants. Ils devront porter à la connaissance des opérateurs de santé (ES, CTA, ...) et promouvoir les offres de répit telles que les dispositifs d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.

Les EHPAD et les établissements de santé devront plus particulièrement faire vivre les conventions qui les lient et veiller à s'échanger les informations permettant des transitions optimisées de résidents d'une structure à l'autre notamment via une messagerie sécurisée de l'espace de confiance MSSanté et/ou DMP. Les EHPAD s'engagent donc à intégrer les échanges par messageries sécurisées de santé pour les professionnels de santé.

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

Concernant le secteur social, son implication dans la démarche Paerpa est essentielle à deux titres. Le premier concerne le repérage de la personne âgée en risque de perte d'autonomie au domicile en lien avec la CCP et la CTA. Le deuxième est la préparation du retour à domicile après hospitalisation en lien avec les établissements de santé, la CCP et, si besoin, la CTA.

Les acteurs institutionnels du secteur social (Conseil départemental, ARS, Communes/CCAS, organismes d'assurance vieillesse, mutuelles, ...) s'engagent à recenser et communiquer à la coordination territoriale d'appui (CTA) toutes les offres d'aides sociales disponibles pour les personnes âgées et à se coordonner pour améliorer l'articulation et la mutualisation des fonds sociaux. Le programme coordonné des actions et des financements établi par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie prévu par l'article 3 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement participe à cet objectif. Une convention peut en outre le cas échéant fixer les engagements à l'année de chacun des financeurs et les modalités d'activation et de versement des aides techniques et aides sociales d'urgence, à la demande de l'équipe de proximité et / ou de la CTA, notamment en cas de retour à domicile après hospitalisation. Les organismes d'assurance vieillesse conventionnent avec les établissements de santé pour simplifier la mise en œuvre des aides dédiées au retour à domicile après hospitalisation (ARDH,...).

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) s'assurent que leurs salariés sont formés au repérage des signes de fragilité ou de risque de perte d'autonomie dans le cadre des formations réalisées sur les territoires (ARS – Section IV de la CNSA).

Les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile améliorent la coordination de leurs actions.

En lien avec la loi ASV, les SSIAD et les SAAD seront amenés à développer des formules plus intégrées par la constitution de SPASAD afin de favoriser la synergie entre la prise en charge en termes de soins et d'aides.

Ces services transmettent aux acteurs de la CCP les informations pertinentes en cas de changement de l'état de la personne par le moyen le plus approprié (notamment via des messageries sécurisées de santé ayant intégré l'espace de confiance MSSanté de l'ASIP Santé). Une procédure de transmission d'informations précisant les informations partagées, les modalités de transmission et les moyens d'échanges est formalisée.

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

### C. Les systèmes et échanges d'informations

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

L'objectif est de s'appuyer sur les dispositifs nationaux et/ou régionaux existants : messageries sécurisées de santé MSSanté, DMP, répertoire opérationnel des ressources (ROR), service d'orientation (via trajectoire, IMAD, ...), plate-forme régionale de télémédecine, ...

Dans ce cadre, l'ARS est en appui du volet SI du projet et pourra mobiliser en tant que de besoin les ressources de maîtrise d'ouvrage de sa région (GCS santé, ...).

Les conditions de partage et d'échange des données sont déterminées par le décret n°2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. A ce titre, a été élaborée une fiche de recueil du consentement de la personne âgée permettant formellement de recueillir le consentement de la personne âgée ou celui de son représentant légal ou de sa personne de confiance. Elle rappelle également la liste des informations susceptibles d'être partagées par les différents types de professionnels prenant en charge la personne âgée et précise la liste nominative des professionnels la prenant en charge et leur niveau d'accès aux informations.

En outre, conformément au décret, les professionnels doivent signer une charte précisant, dans le respect des codes de déontologie des professions qui en sont dotées, les principes éthiques, déontologiques et de confidentialité afférents à la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

En matière de SI Parcours, l'ensemble des outils à mobiliser sont :

- Les outils d'information, d'orientation, de planification et de coordination

Un répertoire ou annuaire opérationnel des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales est mis en œuvre ainsi qu'un outil d'orientation en s'appuyant sur les outils existants ou en cours de déploiement dans la région.

Quant aux professionnels, ils élaborent, selon leurs fonctions, quatre types de documents de synthèse dématérialisés, chacun d'entre eux devant être conforme au modèle HAS<sup>6</sup> : PPS, volet de synthèse médicale pour le médecin traitant (VSM), dossier de liaison d'urgence pour les EHPAD (DLU) et document de sortie d'hospitalisation (DSH) pour les établissements de santé.

- La messagerie sécurisée commune à l'ensemble des acteurs des trois secteurs

Tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux des territoires pilotes doivent disposer d'une messagerie sécurisée MSSanté ayant intégré l'espace de confiance MSSanté de l'ASIP Santé. A noter

---

<sup>6</sup> Ces documents sont disponibles sur le site de la HAS

que l'ASIP santé a développé une offre de service de messagerie en santé gratuite. Elle doit être privilégiée si aucune messagerie sécurisée n'existe localement. L'ASIP santé appuie également les établissements de santé et les EHPAD pour la mise en place de la messagerie sécurisée de santé. Les établissements de santé s'engagent à entrer dans la démarche conformément à la circulaire DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à la MSSanté.

- L'utilisation du dossier médical partagé (DMP), pour mieux faciliter le partage des documents et informations médicales entre les professionnels de santé, en particulier les documents de synthèse.

Les professionnels de santé sont incités à utiliser, avec l'accord de la personne âgée, l'outil de partage de données de santé qu'est le DMP pour partager les informations (notamment le volet de synthèse médicale et le DLU) avec les autres professionnels de santé prenant en charge la personne âgée. Le DMP est accessible par tout professionnel de santé détenteur d'une carte de professionnel de santé (carte CPS), soit directement via son logiciel métier s'il est DMP compatible, soit par internet. Le DMP est également accessible par la personne âgée si elle le souhaite.

- Le dossier pharmaceutique (DP)

Sur les territoires pilotes, les pharmaciens utilisent, avec l'accord de la personne âgée, le dossier pharmaceutique (DP), afin d'alerter le médecin traitant en cas de repérage de problèmes liés aux médicaments.

- L'outil informatique de la CTA

En fonction des besoins de la CTA et des professionnels, celle-ci peut s'appuyer sur un SI spécifique afin d'assurer ses missions. Si cet outil n'existe pas sur le territoire ou en région, les ARS pourront, si elles le souhaitent, se rapprocher des ARS PAERPA ayant développées des solutions. Des travaux en cours de réalisation au niveau national visent à définir un cadre de référence des SI de coordination et pourront utilement appuyer les ARS dans leur démarche.

- Les outils en mobilité

Le développement de l'utilisation des outils en mobilité permettant l'accès aux services SI présentés ci-dessus (DMP, MSS, ROR, Viatrajectoire, PPS,...) est encouragé.

- La télémédecine et télésurveillance

L'usage de la télémédecine et de la télésurveillance est à porter dès lors que le territoire ou la région a développé les solutions techniques et/ou participe aux expérimentations de l'article 36 de la LFSS 2014.

Ainsi, la circulation et l'échange d'informations entre les professionnels qu'ils soient d'un même secteur ou de secteurs différents est un facteur clé de réussite dans la fluidification et la structuration du parcours de santé de la personne âgée.

Aussi, un diagnostic territorial relatif à l'existence et à la conformité des outils utilisés par les professionnels mobilisés devra être établi préalablement (cf p3). L'engagement des acteurs à produire les 4 documents élaborés par la HAS sera demandé ainsi que l'utilisation du DMP.

Un expert SI de l'ARS est en charge de réaliser ce diagnostic territorial relatif à l'existence et à la conformité des outils utilisés par les professionnels mobilisés, de suivre le déploiement et la réalisation de ces outils ainsi que le plan d'accompagnement des professionnels à leur usage.

## **D. La formation des professionnels**

### **1. Objectif général de la formation**

La formation a d'abord pour objectif de permettre la compréhension du modèle organisationnel avec sa formalisation autour du PPS, l'appropriation de documents formalisés à échanger (MSS, DMP, PPS, VSM, document de sortie d'hospitalisation, DLU) et l'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge à plusieurs des personnes âgées.

Elle permet aux acteurs de se connaître, de faire tomber les frontières culturelles et d'intégrer les contraintes réciproques entre les acteurs du social, du médico-social, de la ville et de l'hôpital, et de créer ainsi, de manière informelle, une dynamique et une communauté d'acteurs aptes à travailler ensemble.

Trois types de formation sont assurés sur les territoires-pilotes. Le suivi le plus large de l'ensemble de ces formations par tous est un élément décisif du succès des projets pilotes. Dans une logique de subsidiarité des financements, les formations sont assurées par les dispositifs de formation dédiés aux professionnels sur la base de cahiers des charges nationaux.

### **2. Financement et modalités de mise en œuvre**

Ces trois types de formation sont financés, à ce stade, pour :

- les professionnels de santé libéraux et les centres de santé, par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Des organismes de formation ont été labellisés Paerpa dans le cadre du forfait DPC pluriprofessionnel.
- les ESMS notamment les SAAD ou les SPASAD, par les crédits de la section IV de la CNSA. Un appel à candidature régional sur la base du cahier des charges national est à lancer par les ARS.
- les professionnels des établissements de santé et les personnels des EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Les ARS doivent s'assurer que ce programme est inscrit tous les ans dans le programme de la fédération régionale de l'ANFH.

## **I. Conditions préalables**

Fort des premiers retours d'expérience des 9 territoires pilotes, les projets pilotes Paerpa – 2<sup>nd</sup>e génération devront réunir un certain nombre de pré-requis.

### **A. Gouvernance et pilotage**

La gouvernance et le pilotage global du dispositif sont assurés par l'ARS. Toutefois, le projet s'inscrivant dans une logique de transversalité et d'animation territoriale, outre la mobilisation de l'ARS au plus haut niveau, celle du Conseil Départemental, de l'Assurance Maladie, de l'Assurance Retraite et des URPS autour de ce projet est un enjeu fondamental et devra déjà être effectif.

Lors du dépôt du dossier, des éléments probants démontrant une logique de partenariat et de coordination des acteurs et de mutualisation des moyens sur le territoire proposé devront être indiqués. Il en est ainsi par exemple, des territoires préfigurateurs de la conférence de la prévention de la perte d'autonomie en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

En effet, le déploiement des projets pilotes suppose qu'un certain nombre de conditions favorables soient réunies avant même le déploiement du dispositif. La première et la plus déterminante d'entre elles est la volonté commune manifestée par les acteurs de la prise en charge sociale, sanitaire et médico-sociale de déployer le dispositif et d'en assumer, chacun en ce qui le concerne, les contraintes et les responsabilités.

L'ARS est associée au pilotage national du dispositif Paerpa et à la démarche de capitalisation.

Le pilotage est assuré par un chef de projet ARS qui constitue une équipe projet ad hoc. Le retour d'expérience concernant la chefferie de projet montre l'importance de nommer un chef de projet ayant une bonne connaissance du secteur ambulatoire et médico-social et ayant mené des projets d'animation territoriale au regard de la pluralité des acteurs à mobiliser. Il doit bénéficier d'un positionnement permettant une transversalité au sein de l'agence entre les secteurs prévention/sanitaire/médico-social, entre le siège et la délégation territoriale du territoire choisie et les différents projets « parcours ». De plus, les expertises requises par l'équipe de projet concernent les systèmes d'information, les statistiques, la communication, l'offre sanitaire et médico-social, juridique et comptable, territoriale et le médical.

Le chef de projet est en charge de la mise en place et du suivi du dispositif. Il est garant :

- de la mise en place du répertoire opérationnel ou annuaire des ressources ;
- du déploiement des outils et services SI Paerpa et de leurs usages auprès des acteurs de terrain;
- de la mise en œuvre de l'offre de formation ;
- des relations avec les promoteurs de projet (gestion de la convention cadre et des convention d'application déterminant les modalités d'organisation et/ou de financement);
- du processus de remontée d'informations dans le cadre du dispositif d'évaluation nationale.
- de la mobilisation et de l'information des acteurs et notamment des professionnels de santé libéraux.

L'appui d'un expert SI, impliqué dans la gouvernance du projet, placé auprès du chef de projet PAERPA est obligatoire.

## B. Choix du territoire

Le territoire proposé devra :

- avoir une taille critique suffisante pour éviter toute redondance ou superposition des actions/dispositifs en termes de gouvernance, d'animation territoriale et de périmètre d'intervention des dispositifs de coordination (guichet intégré MAIA, CLIC, MDA, réseaux,...) ou de regroupement de professionnels (MSP, PSP, centre de santé, GHT,...) ;
- avoir une offre ambulatoire avec des exercices regroupés existants et impliqués dans le projet et une permanence des soins effective ;
- avoir une offre hospitalière intégrant une filière gériatrique structurée et/ou une expertise gériatrique mobilisable. L'existence d'un établissement de santé de référence et d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière (EMG) en sus d'une intra-hospitalière sont des facteurs clés de réussite ;
- avoir une offre médico-sociale et sociale maillant l'ensemble du territoire avec des dispositifs de coordination et d'intégration reconnus des acteurs. Les dispositifs de coordination devront déjà avoir entamé des démarches de rapprochement et/ou d'actions/outils communs, facteur facilitant la mise en œuvre de la CTA ;
- être mature en terme de déploiement des SI parcours et avoir des opérateurs de santé engagés ou prêts à s'engager dans leurs mises en œuvre opérationnelles.

Dans une logique de mise en cohérence des dispositifs expérimentaux tant sur le plan financier qu'organisationnel (Art. 70 de la LFSS 2012, TSN, Télémedecine, Conférence des financeurs, ...), les territoires déployant ces expérimentations devraient logiquement être privilégiés dès lors que l'évaluation de ces derniers est positive.

Dans le cadre de l'article 48 de la LFSS 2013, le territoire est défini par arrêté ministériel fixant le périmètre territorial de mise en œuvre des projets pilotes. Aussi, seules les personnes âgées de 75 ans et plus et les acteurs des communes listées dans cet arrêté, pourront bénéficier des dérogations organisationnelles et tarifaires du dispositif Paerpa à l'exception des formations.

## C. Le financement

Le principe des projets pilotes Paerpa est de s'appuyer sur les financements existants afférents aux différents dispositifs et prestations de politique publique concourant à la mise en œuvre du parcours de santé des personnes âgées. Ainsi, sont concernés les dispositifs de coordination (MAIA, réseaux, Maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles, équipes mobiles gériatriques, maisons départementales de l'Autonomie,...), les prises en charge hospitalières, médico-sociales et sociales ainsi que les prestations y afférents (APA des conseils départementaux, ARDH des organismes de vieillesse et autres prestations des organismes d'assurance maladie ou complémentaires).

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

Ces dispositifs pilotes doivent toutefois promouvoir des innovations ou des adaptations du système de santé nécessitant, dans certains cas, un financement complémentaire. Celui-ci sera attribué dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR) après validation de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et du Secrétariat Général des Ministères des Affaires Sociales (SGMCAS) dans les conditions décrites dans le présent cahier des charges. Par dérogation aux principes de droit commun du FIR, cette dotation sera spécifique et ne pourra être utilisée pour un autre objet que le parcours de santé des personnes âgées. Conformément aux dispositions générales relatives au FIR, ces financements complémentaires ne peuvent aucunement financer des recrutements au sein des ARS.

Le FIR PAERPA dans le cadre de ce cahier des charges ne couvrira pas l'ensemble des dérogations tarifaires et organisationnelles de l'article 48 de la LFSS pour 2013, mais seulement celles relatives à l'appui et à l'organisation du 1<sup>er</sup> recours (gouvernance, CTA, PPS) et la circulation d'information décrite par le décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Les actions relatives aux dérogations tarifaires et organisationnelles dans les domaines médico-social et social et le soutien aux établissements sanitaires devant être évaluées avant toute extension.

Cependant, le financement FIR PAERPA pourra être complété par le FIR ARS pour couvrir l'ensemble du cahier des charges PAERPA (dérogation tarifaires médico-sociales notamment) et/ou les priorités des ARS dans le domaine.

Tout financement dans le cadre du FIR Paerpa devra faire l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et le bénéficiaire des crédits PAERPA sauf pour les PPS. Ces derniers sont financés, sur le FIR, en lien avec le système de liquidation de l'assurance maladie en inter-régimes.

Aussi, le financement annuel dédié aux nouveaux territoires pilotes est déterminé de façon forfaitaire en année pleine en fonction de la taille du territoire. En application du principe de subsidiarité des financements, ce montant forfaitaire permet d'acquitter les frais relatifs à :

- la gouvernance ;
- la CTA ;
- l'accompagnement des professionnels de santé à l'usage des systèmes d'information coordonnés ;
- les PPS.

En outre, le financement des formations spécifiques Paerpa des professionnels est mis en œuvre selon les dispositifs de droit commun :

- OGDPC pour les professionnels de santé libéraux et les professionnels de santé des centres de santé ;
- ANFH pour les professionnels des établissements de santé de la fonction publique hospitalière et les professionnels des EHPAD de la fonction publique hospitalière ;
- section IV du budget de la CNSA pour les aides à domicile.

## **D. Evaluation**

L'évaluation est inhérente à la démarche Paerpa et est réalisée sous l'égide de la DREES. Dans ce cadre, un protocole d'évaluation a été arrêté avec des indicateurs nationaux de process et médico-économiques. L'objectif étant, si les résultats sont probants, de tendre vers une généralisation du dispositif.

L'ANAP a réalisé une plate-forme permettant de récolter ces indicateurs de manière mensuelle et/ou trimestrielle via les acteurs. L'ARS est en charge d'informer, d'accompagner les producteurs de données de santé locaux et de valider les données du territoire pilote. Ces indicateurs sont inscrits dans les conventions de financement citées supra. A cet effet, les ARS participent aux travaux du comité de pilotage national de l'évaluation, assurent le lien avec le niveau national, notamment en ce qui concerne les retours d'informations, la mise en place d'actions et la mutualisation avec les autres territoires porteurs de prototypes et coopèrent avec l'évaluateur choisi notamment l'IRDES. Elles désignent un référent en leur sein qui est l'interlocuteur premier de l'évaluateur.

Dans le cadre de l'article 48 de la LFSS 2013, des requêtes nécessaires à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation peuvent être réalisées par les ARS, dans le respect des arrêtés des 19 juillet 2013 et 14 février 2014 relatifs à la mise en œuvre du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

## II. Procédure de sélection

Seules les ARS « nouvelles régions » non concernées par la mise en œuvre des dispositifs PAERPA peuvent candidater.

Elles sont invitées à adresser une lettre d'intention au secrétaire général des ministères des affaires sociales.

Cette lettre d'intention devra préciser les éléments permettant la mise en œuvre du dispositif ainsi que les atouts du territoire proposé pour le déploiement de Paerpa au regard du présent cahier des charges. Ainsi,

Elle sera accompagnée d'un dossier construit de la façon la plus adéquate dans la limite de 5 pages afin de préciser en quoi le projet proposé réunit les pré-requis et répond au présent cahier des charges. Il portera a minima quatre parties (cf I-B): taille du territoire et gouvernance, maillage des offres sanitaires, médico-sociales et sociales, articulation des dispositifs de coordination et d'intégration et de leurs outils en précisant la complémentarité avec les travaux MAIA et un volet SI. Elle sera accompagnée d'une lettre d'intention des principaux partenaires a minima le conseil départemental, la CPAM, la CARSAT et les URPS.

La lettre ARS et le dossier devront être adressés de façon dématérialisée au secrétaire général des ministères sociaux au plus tard le 26/02/2016 à l'adresse suivante : [ars-pilotage-national@sante.gouv.fr](mailto:ars-pilotage-national@sante.gouv.fr)

Toutes questions concernant la démarche et son calendrier sont à adresser à Madame Estel Qural, chef de projet Paerpa, à l'adresse fonctionnelle : [paerpa@sante.gouv.fr](mailto:paerpa@sante.gouv.fr)

A l'issue d'une phase d'instruction sur la cohérence du territoire et du projet proposé avec le présent cahier des charges, le directeur de la sécurité sociale et le secrétaire général décideront de l'allocation du forfait de financement dans le cadre du FIR Paerpa pour un territoire.

## III. Pilotage et accompagnement national

### A. Pilotage national

Piloté par la direction de la sécurité sociale (DSS) en lien avec les autres directions du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, la gouvernance nationale comprend les instances suivantes :

- le comité national Paerpa présidé par Monsieur Dominique Libault qui réunit l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées (ministère, caisses, opérateurs de l'Etat, ADF, fédérations hospitalières, sociales et médico-sociales, représentants professionnels de santé, représentant des usagers...);
- le comité de pilotage qui réunit les directions d'administration centrale, les caisses et les opérateurs. Il est co-présidé par le président du comité national et par le secrétariat général des ministères sociaux. Il comprend deux émanations plus techniques : le comité de pilotage de l'évaluation présidé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le comité de pilotage des systèmes d'information présidé par la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS).

En outre, avec les représentants du comité de pilotage, la DSS réunit de façon très régulière les chefs de projet des ARS Paerpa. Des outils mutualisés sont mis à disposition des ARS afin de faciliter la mise en œuvre des projets pilotes.

## **B. Accompagnement de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)**

Un accompagnement de l'ANAP afin d'appuyer les ARS, localement, notamment sur les premiers travaux préparatoires à savoir la gouvernance, le diagnostic territorial, la constitution de la feuille de route et la mobilisation des acteurs et particulièrement des professionnels de santé libéraux sera proposé en sus des ateliers « retours d'expérience » (REX) de capitalisation d'ores et déjà mis en œuvre pour les ARS pilotes.

## **C. Accompagnement ASIP Santé**

L'ASIP Santé accompagnera les ARS par un appui au déploiement des différentes composantes du système d'information PAERPA (messagerie sécurisée, annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales, dématérialisation des outils de liaison ...) ainsi qu'avec les outils déjà développés dans le domaine notamment dans le cadre des formations Paerpa.

## **D. Implication de la CNAMTS et de son réseau**

La CNAMTS et son réseau seront également en appui des ARS pour mobiliser et accompagner les professionnels de santé dans le cadre de ces projets pilotes, et plus particulièrement pour la gouvernance tant nationale que régionale, le diagnostic territorial et les questions relatives à la liquidation des PPS.