

Université de Paris V
Faculté Cochin – Port Royal

**De VIATRAJECTOIRE au PAERPA : Projet de dossier partagé
du parcours des aînés et réflexions sur la gouvernance
communautaire**

Docteur Yves GRARD

D.I.U. formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD

**De VIATRAJECTOIRE au PAERPA : Projet de dossier partagé
du parcours des aînés et réflexions sur la gouvernance
communautaire**

Merci à Corinne GUILBERT d'avoir accepté d'être la directrice de ce mémoire, de m'avoir accueilli et guidé dans ma fonction de médecin coordonnateur.

Merci à la communauté de communes de la HAGUE, son président Mr CANOVILLE, la vice-présidente en charge de l'action sociale Mme MAHIER, la directrice générale Mme GUERIN, de m'avoir accueilli dans leur territoire.

SOMMAIRE

I. Introduction

II. Problématique posée

III. Situation actuelle

A. Le territoire

B. Le secteur gérontologique

C. L'EHPAD

1. La structure
2. Le mode de gouvernance et de gestion
3. Les moyens administratifs
4. Gestion des dossiers
 - a) *Gestion de la liste d'attente*
 - b) *Le dossier d'inscription en EHPAD*
 - c) *Le dossier de pré-admission.*
5. Les limites :
 - a) *La gestion des dossiers*
 - b) *La gouvernance*

IV. Evolution souhaitée

A. Les projets

1. Projet politique territorial
2. Le dispositif PAERPA

B. Moyens nécessaires

1. Le projet VIATRAJECTOIRE
2. Le projet territorial
 - a) *Repérage de la population ciblée*
 - b) *Repérage des besoins*
 - c) *Création d'un annuaire*
 - d) *Partage des données : création d'un guichet unique*
 - e) *Partage des données : création d'un dossier unique*
 - f) *Place de l'EHPAD*

V. Le futur

VI. Bibliographie

I. Introduction :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Roland RICORDEAU (50440 BEAUMONT-HAGUE) a traversé en 2015 les épreuves de l'évaluation externe, du renouvellement de la convention tripartite, et de l'écriture du nouveau projet d'établissement. Ces occasions ont permis la relecture des documents rédigés, des procédures et protocoles, et leur réécriture en vue de les adapter aux évolutions de l'environnement social.

L'établissement a souhaité profiter de cette opportunité pour essayer d'optimiser l'accueil des résidents, et pour améliorer son intégration dans les filières et les réseaux gérontologiques du territoire de vie.

Le projet de nouvelle gouvernance communautaire, et l'évolution du mode d'inscription des postulants au moyen de la messagerie « VIATRAJECTOIRE » ont permis d'imaginer une gestion commune et centralisée d'un dossier partagé du parcours de vie des personnes âgées, en particulier des personnes âgées dépendantes. Cette évolution permettrait de prévoir l'intégration dans un dispositif de type « PAERPA »

II. Problématique :

- Comment gérer le dossier d'évaluation des aînés du territoire de vie dont dépend notre établissement, mais surtout comment gérer son suivi et mieux connaître les résidents au moment de leur entrée ?
- Comment faciliter l'échange d'informations entre les différents intervenants du secteur gérontologique, et surtout comment y intégrer les intervenants « civils » ?
- Une gouvernance centralisée peut-elle améliorer la prise en charge du parcours de vie des aînés ?
- Acceptabilité et faisabilité.

III. Situation actuelle :

A. Le territoire

Le *district de la Hague* a été créé en 1977, devenu en 2001 la **communauté de communes de la Hague** (CCH). Son territoire recouvre le canton de Beaumont-Hague, fédérant 19 communes avec une population de 12 000 habitants environ pour une superficie de 148 Km² (densité de population 80 Hab. / km²).



B. Le secteur gérontologique local:

En 2015, et avant toute évolution de la politique locale qui sera pourtant à intégrer (création de communes nouvelles, et regroupement d'EPCI selon la loi NOTRe), le secteur gérontologique du nord ouest cotentin est constitué de structures de statuts différents, donc gérées par des règles de droit différentes :

Les structures de statut associatif :

- Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ;
- Le service d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) ;
- Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ;
- L'association « entraide 3^{ème} âge, qui gère également le SSIAD.

Les partenaires institutionnels :

- La caisse d'allocations familiales ;
- La mutualité sociale agricole ;
- La caisse primaire d'assurance maladie ;
- Les URSSAF ;
- Les caisses de retraite (CARSAT, etc.) ;
- Le conseil départemental, la maison de l'autonomie.

Les intervenants privés :

- Les médecins généralistes, le cabinet infirmier, le cabinet de kinésithérapie.
- Les prestataires de services indépendants : les aide-ménagères, portage de repas privé (traiteurs), commerces, épiceries, coiffeur, pédicurie, jardiniers, etc.

Les structures intercommunales :

La communauté de communes (CCH) de la Hague a compétence en matières sociales. Le centre intercommunal d'action sociale (CIAS) qui en dépend gère donc :

- Le service de maintien à domicile :
 - Portage de repas à domicile ;
 - Accompagnement des personnes dans les démarches quotidiennes ;
 - Actions d'animation proposées aux bénéficiaires du service de maintien à domicile.
- Les logements adaptés (en cours de projet) ;
- L'EHPAD :

C. L'EHPAD :

1. La structure :

L'EHPAD Roland RICORDEAU est un établissement pouvant accueillir 46 résidents en hébergement définitif. Il comporte un secteur sécurisé permettant de prendre en charge des personnes atteintes de démence de type Alzheimer ou apparentée, dans un Centre d'Animations Naturelles Tirées d'Occupations Utiles (CANTOU) de 10 lits.

Il est situé à Beaumont-Hague, au cœur du territoire de vie dont Il dépend.

2. Le mode de gouvernance

L'EHPAD est géré par le CIAS de Beaumont-Hague. Son directeur dépend donc en hiérarchie directe du directeur général adjoint en charge des affaires sociales. Les employés ont le statut de la fonction publique territoriale (lorsqu'ils sont titulaires).

3. Les moyens administratifs

L'équipe de direction est composée d'une directrice (1 ETP), d'un infirmier coordinateur (1 ETP), d'une secrétaire (0,5 ETP) et d'un médecin coordonnateur (0,4 ETP). Ces moyens sont fixés par la convention tripartite.

4. Gestion des dossiers

a) Gestion de la liste d'attente

La liste d'attente de l'établissement est actuellement tenue au secrétariat de l'établissement. C'est une liste sur tableur (format EXCEL®) qui reprend les éléments essentiels : date d'inscription, état civil, mention du degré d'urgence, de la date du renouvellement des données, des coordonnées du postulant, de sa famille et éventuellement des personnes à appeler en priorité.

Elle est en fait composée de trois listes : une pour les personnes résidant dans le canton, une autre pour les personnes résidant dans le territoire de vie de La Hague mais « hors canton », enfin la liste des personnes résidant dans un autre territoire de vie, ou hors du département, avec un sous-indice permettant de souligner l'existence (ou non) d'attaches familiales dans le territoire de vie (mention « rapprochement familial »).

Un outil informatique de gestion de *workflow* permet à tous les intervenants (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, secrétariat d'accueil, direction) de pouvoir accéder à la liste en lecture seule.

Bien entendu, et pour des raisons évidentes de confidentialité, la liste d'attente informatique ne comporte aucun élément du dossier médical, ni des éléments d'évaluation des personnes.

b) Le dossier d'inscription

Le dossier d'inscription est commun à tout le département de la Manche, téléchargeable sur le site du conseil départemental, ou à retirer dans les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les CLIC, etc. Il comporte un dossier administratif (http://senior.manche.fr/senior/iso_album/dossier-inscription-unique-ehpad.pdf) et un dossier médical : (http://senior.manche.fr/senior/iso_album/inscription-ehpad-questionnaire-medical.pdf).

Les dossiers sont rangés dans le bureau de l'IDEC par année d'inscription.

c) Le dossier de pré-admission

Le dossier de pré-admission est un document interne qui permet à l'établissement, lors d'une rencontre avec un postulant, de se présenter (avec la remise du livret de présentation) et de le découvrir. Il comporte un document de recueil des données qui reprend les éléments du dossier d'inscription.

5. Les limites :

a) La gestion des dossiers:

Les dossiers d'inscription arrivent à l'EHPAD selon des modalités diverses : dépôt au secrétariat, remise en mains propres (au médecin coordonnateur, à l'IDEC, à la secrétaire, etc.), transmission par fax ou par mail, réception par voie postale, etc. Cela entraîne probablement une inégalité de « poids » des dossiers, entre par exemple un fax de l'assistante sociale du centre hospitalier mentionnant le besoin urgent de prise en charge, un dossier remis en mains propres au médecin coordonnateur ou à l'IDEC avec tout le poids de l'empathie, et un « simple » dossier arrivé au courrier.

De plus, les dossiers, et en particulier le volet médical, sont insuffisamment remis à jour : Il est en effet difficile, et il serait extrêmement chronophage, de systématiser un rappel régulier (tous les 3, 6 mois ?) des postulants ou de leur famille. Ce travail est réalisé en général quand une chambre se libère, mais pas toujours par la même personne : La secrétaire, ou la directrice, si elle peuvent appeler pour proposer une chambre libre, ne pourront pas poser des questions sur l'état de santé du postulant, et la grille de dépendance, la présence ou non de troubles du comportement, et la synthèse médicale du postulant, ne seront pas renseignées.

b) Le mode d'entrée :

L'analyse statistique du mode d'entrée dans l'établissement depuis 2009 montre qu'un pourcentage non négligeable des résidents sont admis après transfert d'un établissement hospitalier, que ce soit d'un service de médecine actif ou d'un service de soins de suite, après prise en charge en unité cognitivo-comportementale, etc. :

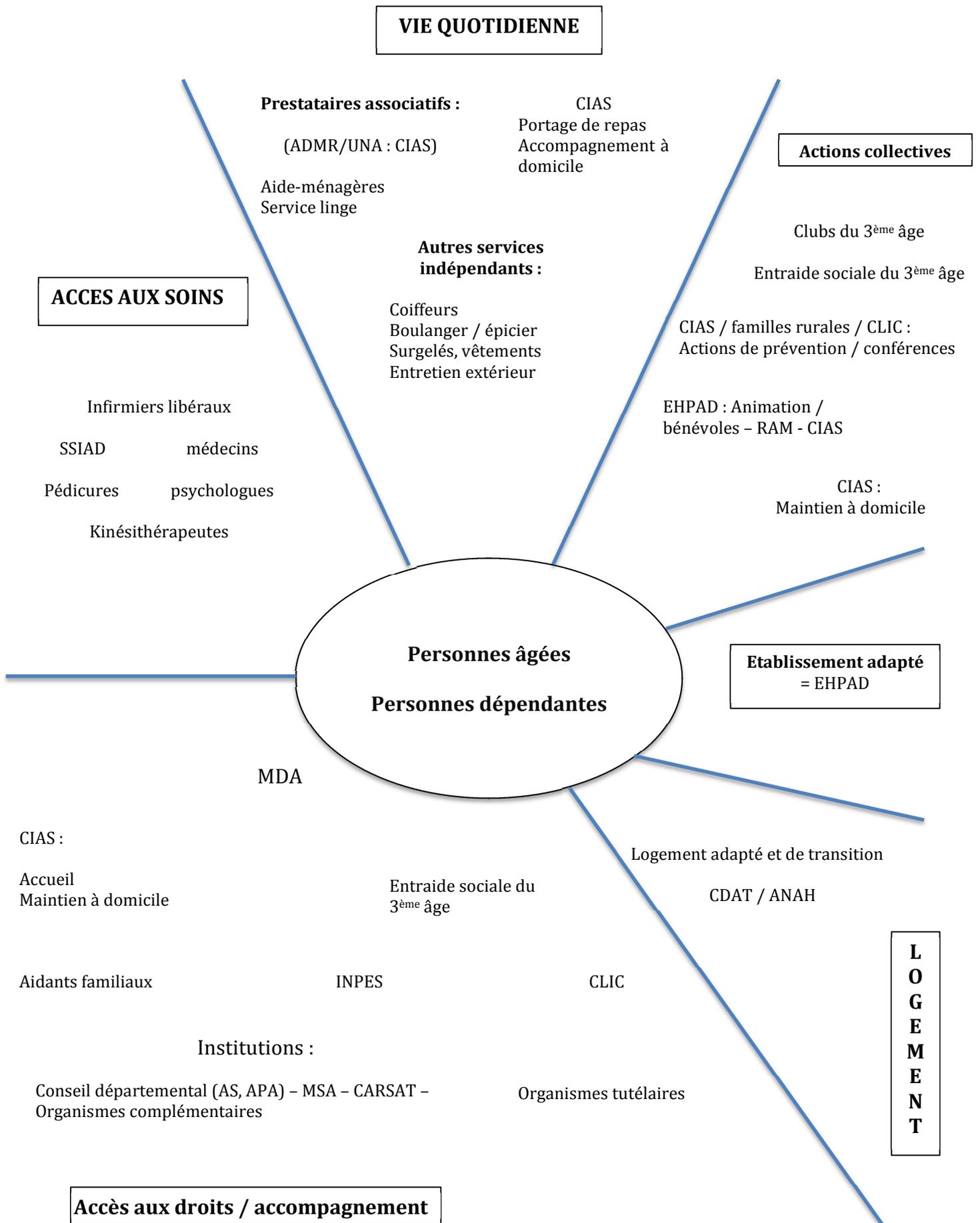
2009 :	-----	40%
2010 :	-----	19%
2011 :	-----	66%
2012 :	-----	33%
2013 :	-----	100%
2014 :	-----	42%
2015 (du 01/01 au 01/09) :	---	66%

(Extraits du rapport d'activité médical annuel, logiciel PSI)

Ces entrées se font lors de situations d'urgences et / ou de modifications brutales de l'état de santé ou de l'autonomie de la personne. Cela court-circuite donc, la plupart du temps, le travail de recueil de données fait en amont pour connaître la personne âgée, et même s'il est possible (et souhaitable) d'effectuer une visite de pré-admission en centre hospitalier, celle-ci se fait dans l'urgence et ne permet pas une évaluation optimale.

c) La gestion du parcours de vie :

On peut résumer la situation actuelle selon le schéma ci-après : la personne âgée et la personne dépendante se trouvent au centre du tissu gérontologique mais sans coordination globale. Le cloisonnement des différents intervenants est d'autant plus marqué, voire total, du fait de leur appartenance à des structures de droit différent (public territorial / associatif / privé). Les règles de déontologie (par exemple le secret médical) bloquent parfois une transmission d'informations qui, de toute façon, ne se fait qu'au coup par coup et de façon très informelle.



IV. évolution souhaitée :

A. Les projets:

1. Le dispositif PAERPA

« Le dispositif PAERPA (<http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>) a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, les différentes actions mises en œuvre visent ainsi à mieux coordonner les multiples intervenants en ville, à l'hôpital, ou dans le médico-social. En particulier, les professionnels de santé en ville s'organisent pour éviter un recours excessif à l'hospitalisation – souvent dommageable pour l'autonomie des personnes âgées.

Au-delà des personnes de plus de 75 ans, le dispositif PAERPA, en cherchant à faire bénéficier les personnes des bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût, préfigure toute démarche d'amélioration du parcours de santé des patients. »

Ce dispositif est résumé selon le schéma suivant (proposé sur le site du ministère de la santé):

Un parcours mieux coordonné



Cependant la région Basse Normandie, donc le territoire de la Hague, ne fait pas partie des régions pilotes choisies pour la préparation et l'expérimentation d'un tel dispositif. Le travail à l'échelon territorial sur le projet politique permettra de préparer une telle évolution et de s'y inscrire plus facilement.

2. Le projet politique territorial :

L'axe « solidarité et action sociale » du projet politique 2014 – 2019 de la CC de la Hague mentionne ses projets :

- *Gestion d'un EHPAD dans de nouveaux locaux ;*
- *Soutien au SSIAD et aux acteurs aidant au maintien à domicile (Entraide Sociale du 3ème âge, ADMR, etc.) ;*
- ***Développer la coordination gériatrique : pour pallier le manque de réponse d'accueil et soulager les aidants, nécessité de coordonner les acteurs. Projet de réseau de papy-sitters pour créer du lien et de la solidarité ;***
- ***Encourager des parcours résidentiels adaptés pour les personnes âgées ; soutenir le développement de solutions alternatives à l'EHPAD : Portage de repas, réseaux de bénévoles en lien avec le SSIAD, création de logements adaptés dans le bâtiment de l'ancien EHPAD, passerelles permettant un retour vers le logement classique, etc.***
- *Instruire le projet d'un système d'entretien du linge par la lingerie de l'EHPAD pour les personnes âgées à domicile.*

Un tel projet nécessite :

- Une vision globale sur le territoire concerné du nombre et du lieu de vie des personnes : « *qui habite où* » (**question 1**) ;
- Une vision globale de l'état de santé et de dépendance des personnes : « *qui a besoin de quoi* » (**question 2**);
- Une vision synthétique des habitudes de vie des personnes : « *qui fait quoi* » ;
- Des indicateurs de repérage des dépendances : « *qui ne fait plus quoi* » ;
- Des moyens de partage des informations ;
- Des moyens d'alerte ;
- Le tout devant être mis en œuvre et animé par une coordination centralisée. Cette vision territoriale de la prise en charge des personnes âgées et des personnes dépendantes s'inscrit parfaitement dans la ligne du projet PAERPA.

B. Moyens mis en œuvre :

1. L'outil VIATRAJECTOIRE

Selon les recommandations de l'ARS de Basse Normandie, l'établissement s'est inscrit sur l'annuaire « VIATRAJECTOIRE » (<https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/Default.aspx>). Le médecin coordonnateur, l'IDEC et les secrétaires d'accueil de l'EHPAD et de la maison des services publics ont pu bénéficier d'une formation à l'utilisation de cet outil.

Cette inscription permettra à terme de simplifier la gestion de la liste d'inscription, puisque celle-ci reviendra aux postulants eux-mêmes.

Cependant, on constate que si la partie administrative sera plus facilement mise à jour, il n'en est pas de même des outils d'évaluation : là encore, et en l'absence de suivi automatisé, le dossier n'évoluera qu'au fil des interventions du postulant, de son médecin traitant ou d'un médecin hospitalier. VIATRAJECTOIRE n'apporte donc pas de solution pour le suivi de l'état de santé ou de dépendance des inscrits.

Par ailleurs ce dispositif ne recense que les personnes ayant souhaité s'inscrire en EHPAD, ne crée pas de lien avec le secteur gérontologique (VIATRAJECTOIRE va de la personne inscrite vers l'EHPAD), et ne permet donc pas de coordonner des actions préventives et d'accompagnement.

Il apparaît donc souhaitable de proposer un projet territorial plus élargi de suivi des « aînés ».

2. Le projet territorial :

a) *Repérage de la population ciblée :*

La cible visée correspond à la population des retraités résidant sur le territoire de vie. Le repérage se faisait auparavant sur la foi des inscriptions sur les listes électorales, ce qui peut sous-estimer la population retraitée si l'on ne tient compte que des tranches d'âge (en fonction des droits acquis, l'âge légal de départ à la retraite sur le territoire de la Hague peut aller de 52 à 66 ans).

Il convient donc, dans un premier temps, de conclure avec les organismes de retraite (CARSAT, MSA, etc.), et avec le conseil départemental (qui gère les dossiers d'aide sociale, d'APA, ...) un partenariat d'échanges de données statistiques. Bien entendu le transfert des données se fait sous la forme de listes anonymes et dans le respect de la réglementation du secret statistique et de la loi informatique et liberté.

Cette action répond à la question 1 « qui habite où ».

b) Repérage des besoins :

Les organismes partenaires pourront adresser à la population cible un livret de présentation du projet et un dossier de recueil de données reprenant les grands thèmes de la dépendance et de l'autonomie.

Cette action répond à la question 2 « qui a besoin de quoi ».

Le pourcentage de retour des dossiers sera le premier indicateur d'acceptabilité.

c) Création d'un annuaire

A l'aide de ces données on pourra proposer la création d'un annuaire interactif de la population ciblée comportant (par exemple) :

- Une cartographie globale ;
- Une cartographie des besoins recensés (qui a besoin d'aide pour se déplacer, pour lire, pour faire ses courses, etc.);
- La gestion des alarmes (suivi des immobilisations, des hospitalisations, des modifications des conditions de vie, etc.) ;
- Le suivi, si les personnes l'ont accepté, de l'évolution des besoins individuels.

Le pourcentage de personnes ayant accepté le suivi de leur dossier sera le second indicateur d'acceptabilité (et d'utilité !).

d) Partage des données : création d'un guichet unique

Le mode de gouvernance du secteur social sur le canton de la Hague permet de proposer la création d'un guichet unique de liaison et de coordination pour la population cible et les intervenants. La formation des secrétaires d'accueil de la maison des services publics (MSP) au logiciel VIATRAJECTOIRE en est la première étape : l'EHPAD revient dans un concept de gestion globalisée.

Ce guichet unique pourra gérer l'annuaire de la population, l'annuaire interactif des aides possibles, annuaire montant (*je recherche, j'ai besoin de...*) et descendant (*je suis disponible pour, je propose mon aide,...*).

Ce guichet unique pourra coordonner les renseignements inscrits dans le dossier global et individuel, et les actions proposées, individuelles pour répondre à un besoin particulier ou collectives et de prévention.

e) Partage des données : création d'un dossier unique

Le dossier unique informatique reste à mettre en forme. A cette étape il pourrait être évident de ne pas anticiper sa création qui se fera sous l'égide des autorités de tutelles. Un tel dossier devra en effet être compatible avec le dossier médical partagé (DMP) et avec les plates-formes collaboratives proposées par le GSC Télésanté (groupement créateur et gestionnaire de l'outil VIATRECTOIRE).

Cependant, et dans l'état actuel du projet, on peut noter que le dispositif PAERPA ne devrait s'intéresser qu'aux personnes âgées de plus de 75 ans. Le projet territorial peut aller au delà et s'adresser à la population retraitée dans sa globalité (pré-PAERPA). Il peut en outre s'étendre à la population handicapée.

Pour la création d'une messagerie sécurisée, il conviendrait de se rapprocher des correspondants d'une région pilote pour évaluer les besoins nécessaires et les outils proposés.

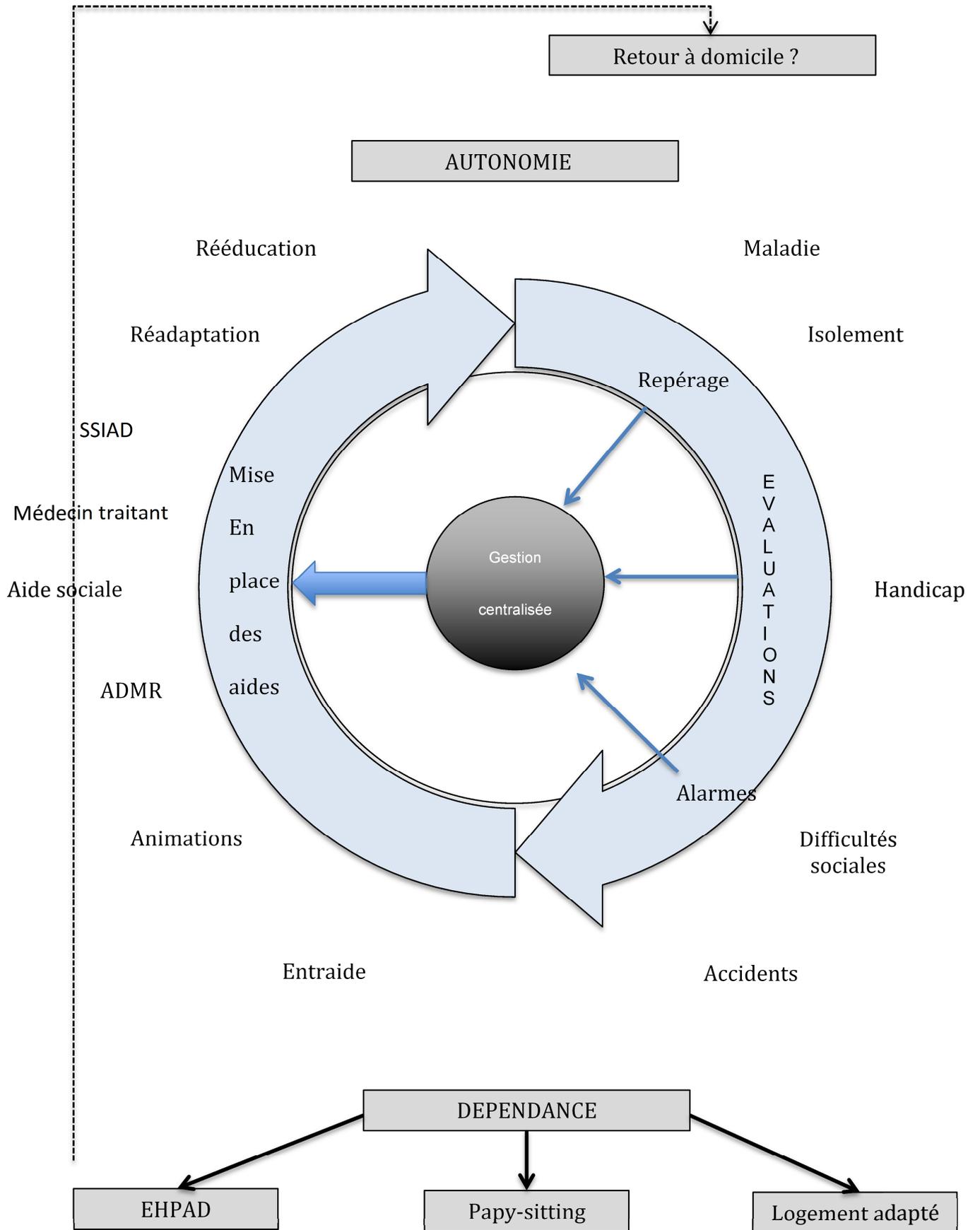
Le compromis entre la confidentialité des informations (en particulier des données médicales) et la pertinence des systèmes d'alarme et de suivi reste délicat. En dehors de la partie « annuaire » du projet, de la présentation des demandeurs de services aux prestataires de services, le projet devra mettre l'accent sur la notion de plan **personnalisé** de suivi, et sur l'importance de la mise en place de moyens d'alerte pertinents.

f) Place de l'EHPAD

L'EHPAD pourra bénéficier de la création de ces outils à plusieurs titres :

- En bénéficiant du dossier de suivi des personnes âgées dépendantes, centralisé, actualisé, annoté et reflétant le parcours de vie ;
- En bénéficiant des moyens de gestions de la CCH et du logiciel VIATRAJECTOIRE ;
- En bénéficiant de la mutualisation des moyens d'animation, des moyens de déplacement, des actions de prévention, etc. ;
- En reprenant une place dans le parcours de vie, pour ne plus être que le bout du chemin.

La nouvelle coordination gérontologique qui en découlera pourra être résumée ainsi :



V. Le futur :

La mise en place d'une gestion centralisée du parcours de santé des personnes âgées, donc d'une **coordination gérontologique territoriale**, pourra répondre à la demande croissante prévisible. Elle permettra une meilleure adaptabilité des moyens en fonction de la demande, et surtout leur déploiement et leur répartition au plus près des besoins.

Les limites en seront la spécificité et la spécialisation des travailleurs du secteur gérontologique, puisqu'on ne peut pas faire varier instantanément le nombre d'infirmiers, de médecins, d'auxiliaires de vie, etc., d'où l'importance des actions de prévention, du dépistage et de la prise en charge précoce des dépendances.

Le territoire de la Hague, ou un territoire plus étendu en fonction du schéma départemental de coopération intercommunale, pourra s'y préparer selon sa volonté politique.

VI. Bibliographie :

- Article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, de financement de la sécurité sociale pour 2013.
(http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/12/17/EFIX1235628L/jo/article_48)
- FOUQUET Annie, TREGOAT Jean Jacques, SITRUK Patricia. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article216>
- Le parcours de santé des aînés. <http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>
- Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/DSI_Rap.pdf
- Rapports Aquino, Broussy et Pinville, en vue de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Vieillissement.pdf