



**État de l'art relatif aux
parcours de santé des
personnes âgées**

Janvier 2012



Objectifs et contenu de l'état de l'art parcours de santé

La réalisation d'un état de l'art des parcours de santé découle de l'**importance de cette notion dans les Projets régionaux de santé (PRS)** et du constat partagé d'un **foisonnement de travaux théoriques sur les parcours et d'initiatives locales**.

Le Secrétariat général a élaboré le présent «État de l'art relatif aux parcours de santé des personnes âgées», qui a pour objectif d'être diffusé à l'ensemble des ARS en tant que base documentaire pour des démarches parcours menées en ARS.

→ Pour ce faire, **le SG s'est appuyé sur :**

- l'analyse des plans et de la réglementation,
- des études portant sur le sujet,
- des PSRS, schémas et travaux d'ARS disponibles.

Après avoir défini la notion de parcours de santé, cet état de l'art :

- Synthétise les principales évolutions dans la conception et l'utilisation de la notion de parcours
- Illustre ces évolutions en proposant des exemples de formalisation de parcours de santé des personnes âgées et en synthétisant les principaux points de rupture
- Propose une bibliographie structurée et une capitalisation des documents produits autour de cette notion de parcours :
 - Références réglementaires
 - Plans et rapports nationaux
 - Études (parcours et coordination, parcours et territoires, parcours et évaluation)
 - Retours d'expérience
 - Documents produits par les ARS (spécifiques parcours, PSRS dans sa version publique)

Le parcours est une notion au cœur de l'actualité

Au cœur des PRS

Les ARS élaborent leur **stratégie pour les 5 prochaines années** : quelle politique régionale de santé, quelle organisation de l'offre de santé. Le **parcours est naturellement au cœur de leurs réflexions et des PRS** (projets régionaux de santé). Certaines ARS ont d'ailleurs produit sur le sujet des programmes ou documents spécifiques.

C'est le cas notamment de l'**ARS Languedoc-Roussillon**, qui a développé une démarche parcours (identification des enjeux, points de ruptures, « belles histoires ») autour de 5 parcours en particulier et dans l'optique de donner de la transversalité au PRS :

- Personnes âgées
- Maladies chroniques
- AVC
- Santé mentale des adolescents
- Addictions

C'est le cas également de l'**ARS Limousin**, qui a publié un document parcours spécifique, illustrant les points de rupture de 4 parcours, et recensant les objectifs du PRS relatifs à ces points de rupture.

Pour en savoir plus :

http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/5_Concertation_regionale/PRS/parcours/parcours_v131211.pdf

http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARSLimousin/Votre_ars/Nos_actions/PRS/PRS_Consultation_nov11/PRS_Limousin_PARCOURS_SANTE_maj10nov2011.pdf

Au cœur des colloques du secteur et des débats dépendance

De nombreux **débats et colloques** ou temps de travail sont organisés sur la notion de parcours :

- « Le parcours de santé, quels parcours de santé » pour l'Université d'été de l'Institut Renaudot du 15 octobre 2011
- « Le parcours de soin « Prévention - Promotion de la santé - Education thérapeutique » Enjeux stratégiques et organisationnels », colloque organisé le 22 novembre 2011 par l'Association des Pharmaciens de l'Industrie (API) et le Club de la Communication Santé (CCS)
- Le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie pour le prochain colloque scientifique de la CNSA des 15 et 16 février 2012 au Palais des congrès de Paris

La notion de parcours a enfin été au centre des **débats dépendance** du 1^{er} semestre 2011.

Roselyne Bachelot a conclu, lors de la remise des quatre rapports le 21 juin 2011 en abordant « la nécessité de mettre fin au «parcours du combattant », d'améliorer la coordination des intervenants autour de la personne âgée dépendante» et la nécessaire fluidification du parcours : « Pour garantir une prise en charge de qualité, la mise en place d'un parcours cohérent, coordonné et adapté paraît primordiale. »

Pour en savoir plus : <http://www.dependance.gouv.fr/Remise-des-4-rapports-des-groupes.html>

Le parcours constitue un changement de paradigme dans le système de santé en mettant l'utilisateur au centre

- La notion de **parcours émerge progressivement**, notamment sous l'effet :
 - Des évolutions **épidémiologiques**, avec une tendance à la chronicité de pathologies auparavant aiguës qui requiert une continuité dans la prise en charge
 - De la volonté **des usagers** d'avoir une réponse plus précise et adaptée à leur cas particulier qui conduit à l'individualisation de la prise en charge
 - De la **contrainte financière** qui pousse les établissements à coordonner leurs efforts pour maintenir leur niveau de prestations avec des moyens de plus en plus contraints
- Avec la volonté d'accroître l'efficacité du système de santé, le législateur a mis en place des réformes qui confirment la désormais nécessaire gestion transversale et intersectorielle de la santé
 - De nouvelles formes juridiques ont été créées ou du moins institutionnalisées avec pour objectif principal la coordination :
 - Les réseaux et notamment les réseaux personnes âgées qui permettent une coordination transversale auprès des personnes âgées fragiles
 - Les filières, qui organisent la prise en charge sanitaire dans une logique verticale et coordonnée
 - **La création des ARS le 01 avril 2010 en est emblématique**, regroupant au sein d'une même entité de la gestion de la prévention, du sanitaire, du médico-social

Pour en savoir plus : <http://www.dependance.gouv.fr/Remise-des-4-rapports-des-groupes.html>

Il y a aujourd'hui un consensus sur la nécessité de coordonner les acteurs de la prise en charge et d'envisager cette coordination avec comme clé d'entrée « l'utilisateur » et non l'offre

De soins, de santé ou de vie, le parcours est le dénominateur commun de plusieurs concepts

Comment définir la notion de parcours de santé ?

Comment définir les concepts de parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, trajectoire, notions fréquemment utilisées ?

▪ **Un petit détour par l'étymologie :**

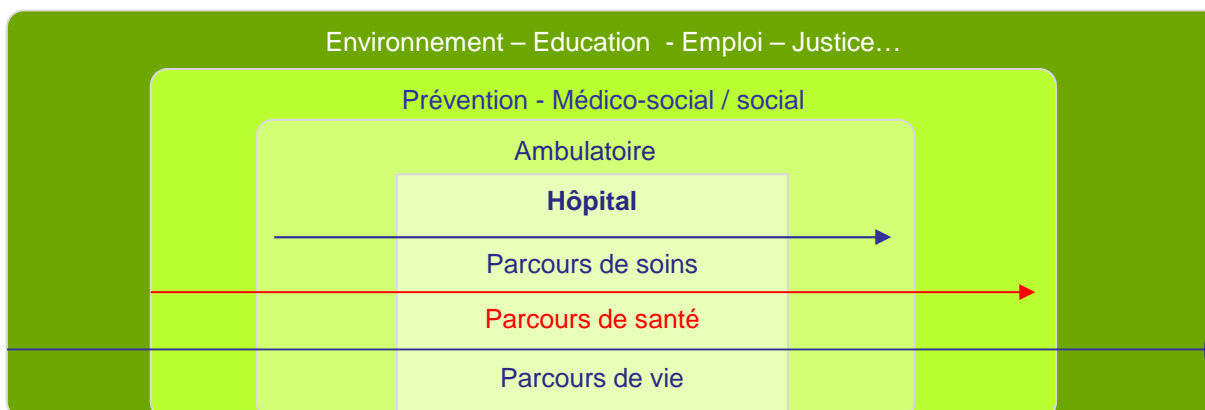
- La **trajectoire** renvoie à la notion de trajet qui désigne le déplacement d'un point à un autre. La trajectoire suppose donc la connaissance de la finalité du mouvement et de ses paramètres.
 - En sciences humaines et sociales, on appelle trajectoire la suite des positions sociales occupées par un individu durant sa vie ou une partie de sa vie. Pour les besoins de l'analyse, les très nombreuses trajectoires différentes des individus d'un groupe sont souvent regroupées en un nombre restreint de trajectoires types
 - **Le parcours représente des éventualités de trajectoires.**
- Un **parcours** (*per* : à travers, *cursus*, *us* : course, marche) désigne strictement le fait de se déplacer en suivant une direction plus ou moins déterminée, d'aller dans une, plusieurs, toutes ou parties des directions possibles.
- Enfin, la **santé**, selon le préambule à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Pour en savoir plus : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

▪ **De nombreuses versions de parcours jalonnent la littérature dans le domaine de la santé : parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie...**

Sans pour autant être toutes définies dans des textes de références, elles peuvent être interprétées de la manière suivante :

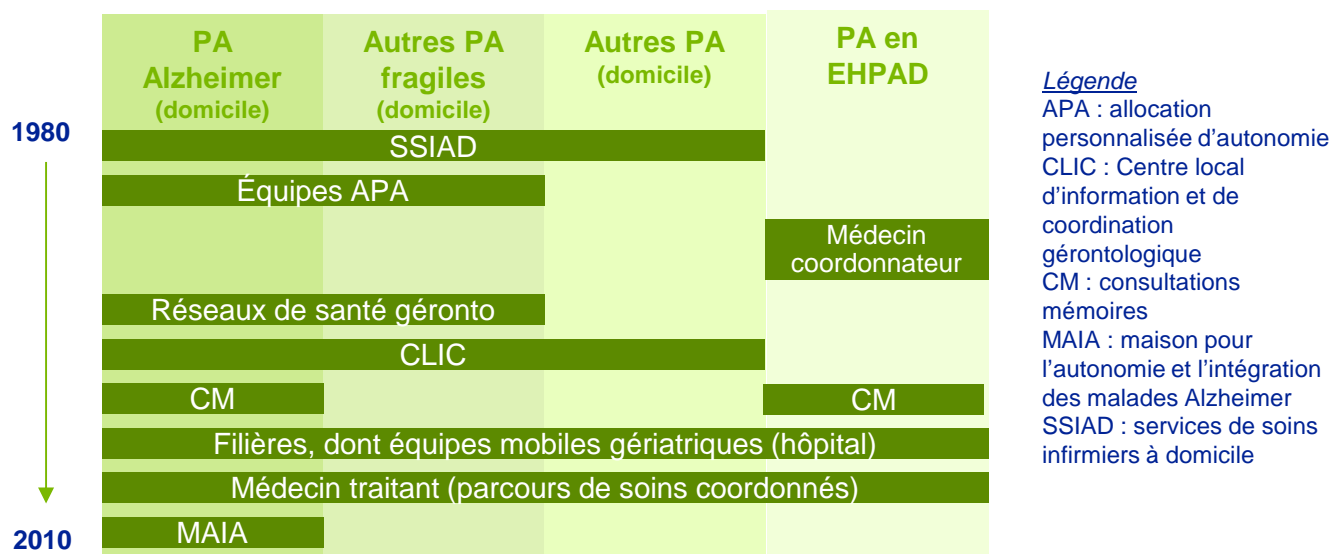
- Le parcours de soins inclut les acteurs du secteur sanitaire
- Le parcours de santé englobe ceux des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et intègre la notion de prévention
- Le parcours de vie intègre l'ensemble des acteurs de la sphère sociétale et notamment, les interactions avec la l'éducation et l'emploi



Le parcours de santé peut donc être défini, pour une personne ayant des caractéristiques données (médicales, psychiques, sociales, environnementales, etc.), comme une des trajectoires possibles qui nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social

Avant même de conceptualiser le « parcours », pouvoirs publics et acteurs de terrain ont conçu des dispositifs pour améliorer la continuité des prises en charge notamment sur le champ des PA (1/3)

- Sur le champ des personnes âgées, les années 2000 ont vu s'accélérer l'émergence de nombreux dispositifs qui avaient pour objectif de mieux coordonner la prise en charge autour de la personne âgée.



Modalités de coordination	Objectifs visés	Point à date	Pour en savoir plus
Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie Contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> 2 095 Services de Soins Infirmiers A Domicile fin 2008 (106 000 places installées, 98 000 personnes accompagnées) – étude DREES 	<ul style="list-style-type: none"> 1981 : Création des SSIAD par le Décret du 8 mai 1981 avec les infirmières coordinatrices
Les équipes médico-sociales des conseils généraux / équipe APA	<ul style="list-style-type: none"> Définir l'éligibilité des personnes âgées à la prestation dépendance et le plan d'aide auquel elles ont droit (avec initialement une mission de suivi, aspect supprimé en 1997) 	<ul style="list-style-type: none"> Devenues « équipes APA », Allocations personnalisées d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> 1991 : loi sur la PED (prestation expérimentale dépendance) 1997 : loi sur la PSD (prestation spécifique dépendance)
Les réseaux de santé personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> Repérer la population cible Établir un plan d'intervention personnalisé Mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé Définir un cadre relationnel avec les financeurs et l'assurance maladie 	<ul style="list-style-type: none"> 126 réseaux (rapport d'activité FIQCS 2010) 	<ul style="list-style-type: none"> 1993 : premières expérimentations de réseaux de soins gériatriques 1995 : expérimentations de réseaux de soins coordonnés (Plan Juppé) 2002 : création (institutionnalisation) des réseaux de santé dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé 2007 : Circulaire du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées »
Le médecin coordonnateur en EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer et mettre en œuvre le projet de soins avec l'équipe soignante et les libéraux Assurer la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement Organiser la permanence des soins. Assurer l'adéquation de l'état de la personne à accueillir avec les capacités de prise en charge de l'institution Repérer les besoins de formation du personnel soignant et contribuer à l'évaluation des pratiques de soins dans l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> ND 	<ul style="list-style-type: none"> 1999 : décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

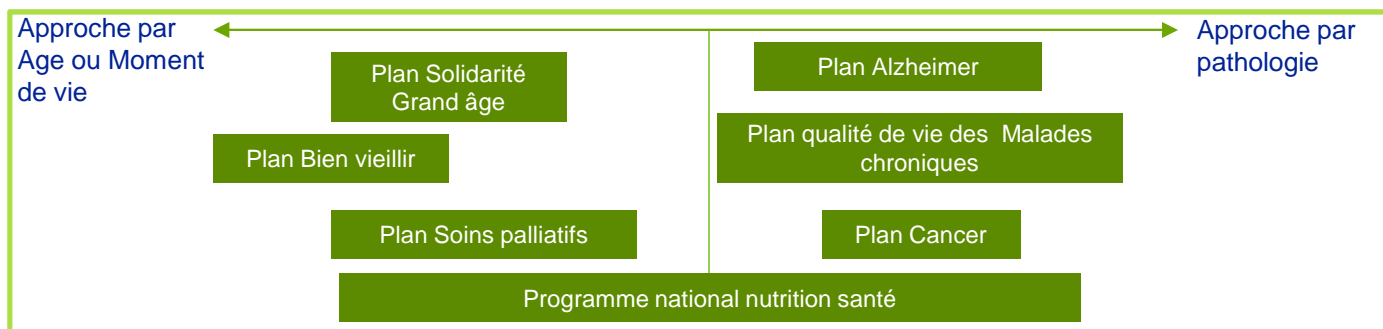
Avant même de conceptualiser le « parcours », pouvoirs publics et acteurs de terrain ont conçu des dispositifs pour améliorer la continuité des prises en charge notamment sur le champ des PA (2/3)

Modalités de coordination	Objectifs visés	Point à date	Pour en savoir plus
Les Centres locaux d'information et de coordination à caractère gérontologique (CLIC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveaux 1, 2 et 3 : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux ▪ Niveaux 2 et 3 : évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner ▪ Niveau 3 : assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur un objectif de 1000 CLIC, 516 mis en place fin 2005 avec une grande hétérogénéité territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2001 : Circulaire DGAS/AVIE/2C du 18 mai 2001 : cahier des charges labellisation des CLIC (issus des « coordination gérontologiques ») ▪ 2001-2003 : expérimentation des CLIC ▪ 2004 : Lettre DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux CLIC et aux réseaux de santé gérontologiques et à leur articulation
Les consultations mémoires (Alzheimer)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostiquer les troubles de la mémoire ▪ Mettre en place un projet de soins personnalisés ▪ Participer à la formation des professionnels ▪ Participer au suivi des malades, en lien avec le médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 451 à fin 2009 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2001 : 1^{er} plan Alzheimer (2001-2005)
Les filières dont les EMG (équipes mobiles de gériatrie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser des missions de soins dans les services hospitaliers et notamment les urgences ▪ Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques ▪ Assurer des consultations avancées dans les hôpitaux locaux ▪ Intervenir dans un cadre expérimental au sein des EHPAD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fin 2004 : 96 EMG installées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2002 : Circulaire du 18 mars 2002 sur amélioration de la filière de soins gériatriques ▪ 2007 : Circulaire DHOS/02 n°2007-117 sur la filière de soins gériatriques dans le cadre du PSGA
Le médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient. ▪ Mettre en place un suivi médical personnalisé, et diriger le patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité ▪ Tenir à jour le dossier médical du patient ▪ Coordonner le parcours de soins du patient et centraliser les avis des autres soignants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 85 % de la population a choisi un médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2005 : instauration du médecin traitant en tant que 1^{er} coordonnateur de soins par la loi du 9 août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance maladie
Les MAIA (maisons d'accueil et d'intégration pour les malades d'Alzheimer)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être le guichet unique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants ▪ À compléter ▪ A noter également, l'existence d'autres types d'accueil comme les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR) qui découlent du plan Alzheimer 2008-2012. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 57 MAIA fin 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2009 : début de l'expérimentation des MAIA et des coordonnateurs de cas dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012

- D'autres modalités de coordination préexistantes ou nouvellement créées, non centrées sur le champ PA peuvent néanmoins contribuer à la coordination du parcours PA :
 - Les CCAS (centres communaux d'action sociale),
 - Les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées).
- Par ailleurs, les acteurs du secteur disposent aujourd'hui de nouveaux outils ou modes de coopérations susceptibles de susciter des synergies, sous l'impulsion des ARS
 - Les CPOM ESMS (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens),
 - Les GCSMS (groupements de coopération sociaux et médico-sociaux) : 32 GCSMS constitués et 22 en voie de constitution fin 2008 selon une enquête de la DGCS,
 - Les CLS (contrats locaux de santé).

Avant même de conceptualiser le « parcours », pouvoirs publics et acteurs de terrain ont conçu des dispositifs pour améliorer la continuité des prises en charge notamment sur le champ des PA (3/3)

- Certains de ces dispositifs ont été créés suite aux plans nationaux, notamment lors de la dernière décennie. *Plans ayant un impact sur la personnes âgées, liste non exhaustive :*



Plan national et période	Population ciblée	Dispositif mis en place	Pour en savoir plus
Plan Alzheimer 2008 -2012	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres pathologies neurodégénératives approuvées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ▪ Gestionnaire de cas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.planalzheimer.gouv.fr/medias/m/cms/article/alzheimer/0/9/9/90/plan-alzheimer-2008-2012.pdf
Plan Alzheimer 2004 - 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres pathologies neurodégénératives approuvées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structure d'hébergement temporaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1synthese.pdf
Plan Alzheimer 2001 – 2005	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et par pathologies neurodégénératives approuvées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptation des CLIC à la maladie ▪ Création de l'APA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2001_2005.pdf
Plan Solidarité Grand Âge 2007 – 2012	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées de plus de 75 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Filières gériatrique ▪ Réseaux gérontologiques avec appui des CLIC ▪ Adaptation de l'hébergement et du logement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf
Plan Qualité de vie des Malades chroniques 2007 – 2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes atteintes de maladies chroniques au sens de l'article D.322-1 du code de la sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carte d'information sur le patient ▪ Coordination régionale des outils permettant l'éducation du patient ▪ Extension du dispositif de coordinateur handicap en entreprise 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf ▪ http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_du_comite_de_suivi_2009_juin_2009.pdf
Plan Bien vieillir 2007 - 2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes entre 50 et 70 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plusieurs dispositifs de prévention à destination de la population et des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prese ntation_plan-3.pdf
Plan Cancer 2009 – 2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes atteintes d'un cancer, population à dépister 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnalisation de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.santesports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf
Programme de développement des Soins Palliatifs 2008 - 2012	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive ou terminale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de l'éducation thérapeutique des patients en ville et en hôpital ▪ Développement des prises en charge à domicile et du rôle des aidants autres que familiaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf

- Les prémices de la réflexion parcours se retrouvent dans les plans ciblés pathologies dans le sens où l'approche n'est plus uniquement focalisée sur le soin mais intègre également des actions transversales sur le champ médico-social, social et sur la prévention
- **Enfin quelques outils ont été développés pour suivre le parcours de la personne (ex. : PPS du plan cancer, programme personnalisé de soins décrivant le traitement particulier proposé à chaque patient, élaboré au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, puis proposé au patient lors d'une consultation spécifique dans le cadre du dispositif d'annonce ; carte d'information du plan Alzheimer)**

Quel bilan peut-être fait des dispositifs de coordination existants sur le champ gérontologique ?

- Le **bilan** qui est fait quant à la création de structures de coordination est **mitigé** du fait de **l'impression d'empilement de dispositifs : il manque toujours de la coordination**
 - Si l'intérêt des dispositifs mis en place est salué, il ne semble pas objectivé (*cf. supra*) « Le travail accompli par les CLIC et les réseaux de soins gérontologiques mérite d'être salué en ce qu'il a permis des avancées notables en termes de coordination des soins et des services » selon J. Ménard, commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et sur les maladies apparentées en 2007
 - Cependant, le **manque de coordination d'ensemble reste toujours le cœur du problème** :
 - « La coordination des interventions reste mal assurée. » note le Commissariat général du plan Vieillir demain dans un rapport de préparation du VIIIème plan 1981-1985
 - « ... Il reste cependant que réponse sanitaire et réponse en termes d'accompagnement dans la vie quotidienne restent trop cloisonnées et source de difficultés quotidiennes pour les malades et leurs proches » selon J.Ménard
 - « Point de fragilité fondamentale de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade. » note le HCAAM dès 2010
 - « Une coordination toujours insuffisante des multiples intervenants » selon le rapport de la Cour des comptes sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes en 2010. La Cour avait souligné cette problématique en 2005 et s'étonne, par ailleurs, du non suivi de ses recommandations.

▪ **Pour en savoir plus :**

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/A5-prise-en-charge-personnes-agees-dependantes.pdf>
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_220410.pdf
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb-fev2011.pdf

- Par ailleurs, **l'impact** du développement des dispositifs de coordination **sur les parcours** ne semble à ce jour pas démontré. Du fait de la multiplicité et du caractère atomisé des structures de coordination, il est difficile d'évaluer les apports d'une approche coordonnée sur tout le parcours ou même son coût. Un rapport IGAS de mai 2011 propose néanmoins quelques **premiers éléments** en comparant sur 6 régions 2 territoires dont l'un bénéficie d'une structure de coordination « mature » (historique et intégrée), et l'autre pas :
 - L'écart entre les durées de séjours des adultes de 20 à 80 ans et celles des personnes âgées de plus de 80 ans se réduit de près d'un quart dans les territoires aux modes d'organisation coordonnés de longue date
 - Le nombre d'entrées aux urgences diminuent également de 24 à 36 %

De même un rapport commandé par la Health Foundation s'attache à analyser l'impact d'une meilleure coordination sur la prise en charge. Il révèle que la sous-coordination (tous champs, tous publics confondus) représenterait environ 5% des dépenses globales de santé. Ce rapport mentionne néanmoins qu'il est impossible aujourd'hui de quantifier de manière certaine l'impact coût et qualité d'une meilleure coordination faute de données.

Pour en savoir plus : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article216>
<http://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money/>

- La plupart des **dispositifs mis en place ont en effet été insuffisamment évalués**, ce qui rend difficile l'objectivation de **leur potentielle efficacité** quant à la fluidification du parcours. C'est ce que met en avant un rapport IGAS relatif au contrôle du FAQSV et de la DDR de mai 2006 : « le suivi de la performance et l'évaluation finale des projets sont très insuffisants ».

A noter, un cas d'école: les réseaux gérontologiques de la CCMSA ont été évalués 2 fois au niveau national et ce dans une double dimension médicale et économique, détaillée page 12

Les réseaux sont emblématiques des dispositifs de coordination mis en place, tous champs confondus, mais ils semblent avoir été insuffisamment évalués (1/2)

- Derrière le manque d'évaluation des dispositifs se pose une double question :
 - **Que devrait-on évaluer ?**
 - **Qui doit réaliser l'évaluation ? Et avec quels moyens ?**
- Concernant les réseaux, des modalités d'évaluation ont été précisées dans le décret (cf. encart ci-dessous) et des grilles d'évaluation ont été proposées. Le CREDES puis l'ANAES ont en effet publié des guides d'évaluations des réseaux en 2001 puis 2004

Modalités d'évaluation prévues pour les réseaux selon le décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères (...) d'évaluation des réseaux de santé

Art. D. 766-1-7. - **Chaque année**, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un **rapport d'activité** relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un **bilan financier** et les documents comptables s'y rapportant.

Tous les **trois ans**, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un **rapport d'évaluation** est réalisé permettant d'apprécier :

1. Le niveau d'atteinte des objectifs
2. La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats)
3. La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau
4. L'organisation et le fonctionnement du réseau
5. Les coûts afférents au réseau
6. L'impact du réseau sur son environnement
7. L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.

Grille d'autoévaluation des réseaux (ANAES, juillet 2004)

Cette grille est structurée autour des catégories suivantes :

- **Présentation préalable du réseau**
- **Évaluation de l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau** (communication, modalités d'adhésion, indemnités des professionnels...)
- **Évaluation du fonctionnement du réseau** (pilotage, coordination, organisation, fonctionnement interne)
- **Évaluation de la qualité de la prise en charge** (procédures organisationnelles, référentiels de prise en charge, échange de données de santé, impact sur l'état de santé / modification de la prise en charge)
- **Évaluation économique** (financement, gestion budgétaire, analyse budgétaire, évaluation économique de l'action du réseau)

Pour en savoir plus :

- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique

- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Reseaux_2004.pdf

- Cependant, les référentiels ont été **peu suivis**, jugés « **trop complexes** ». Le rapport de l'ENSP - L'évaluation des réseaux de santé : quelle réalité ? – évoque, entre autres, l'expérience de la Bretagne qui a façonné sa propre grille d'autoévaluation mais malgré les efforts de la région, la démarche d'évaluation reste « inaboutie ». Le rapport remarque :
 - « Une **absence de mesure de l'efficacité de l'action des réseaux** (l'évaluation permet surtout de mesurer la qualité du fonctionnement des réseaux)
 - Des lacunes dans la **quantification des objectifs initiaux**
 - Une grille d'évaluation qui **omet de mesurer certains aspects** (par exemple : satisfaction des patients)
 - Une **grille unique** pour des réseaux de thématiques différentes (tout ne s'applique pas) »
- En outre, le **suivi évaluatif proposé a été compris comme de l'autoévaluation**, ce qui pose également question.
49% des réseaux disent avoir réalisé une autoévaluation (rapport d'activité FIQCS 2010)
- Enfin, d'aucuns regrettent la **faiblesse des moyens alloués à l'évaluation** (45 évaluations externes réalisées en 2010 contre 149 en 2009 selon le rapport d'activité 2010 du FIQCS)

Pour en savoir plus : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/mip/2006/groupe_28.pdf

Les réseaux sont emblématiques des dispositifs de coordination mis en place, tous champs confondus, mais ils semblent avoir été insuffisamment évalués (2/2)

- En tout état de cause, le suivi actuel des réseaux ne se base pas sur des indicateurs de performance mais sur **des indicateurs d'activité, de fonctionnement, de qualité, dans les limites du déclaratif**.
Le rapport d'activité du FIQCS mentionne les indicateurs suivants :
 - Effectif de patients adhérents et ayant un PPS
 - Effectif de médecins libéraux adhérents et intervenant dans un PPS
 - Nombre de partenariats avec des ES ou ESMS
 - Nombre d'ETP
 - Coût moyen par patient
 - Indice synthétique de qualité (*cf. illustration ci-dessous*)

L'Indice Synthétique de qualité – un indicateur d'évaluation mis en place depuis 2009 dans le cadre du suivi du FIQCS

L'ISQ est un indicateur d'évaluation mis en place depuis 2009 dans le cadre du suivi du FIQCS, qui doit permettre à terme de mesurer la qualité des dispositifs en tenant compte de paramètres multiples : il prend en compte les indicateurs traceurs de qualité suivants répartis en 4 groupes :

- **Objectifs fixés par convention**
 - Atteinte de l'objectif fixé par la convention de financement et relatif à la conformité du système d'information du réseau aux critères d'éligibilité définis dans le document du GMSIH
 - Atteinte des objectifs fixés dans la convention concernant la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures (réseaux, établissements de santé, CLIC, CSAPA....)
- **Prise en charge des patients**
 - Elaboration et maintenance de protocoles et référentiels de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, INCa, sociétés savantes...)
 - Mise en place de procédures de vérification de l'application de ces protocoles
 - Existence d'une permanence téléphonique
 - Mise en place systématique (100% des patients adhérents du réseau et ayant un Plan Personnalisé de Santé - PPS27) d'un dossier patient du réseau
 - Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient du réseau par les professionnels
 - Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient
- **Participation et intégration des acteurs**
 - Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau (participation à l'élaboration ou validation)
- **Organisation et fonctionnement du réseau**
 - Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des événements indésirables (Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place une traçabilité (exemple : hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, sorties volontaires des patients et des professionnels...) ainsi qu'une évaluation des actions correctives.).

Pour en savoir plus : <http://ddata.over-blog.com/xxxvvy/4/13/42/79/fiqcs2010.pdf>

Les réseaux gérontologiques – chiffres clés (FIQCS - rapport d'activité 2010)

- Nombre de réseaux : 126
- Nombre moyen de patients : 292 (mais 50% des réseaux n'atteignent pas le seuil des 200 mentionnés dans la circulaire)
- Nombre moyen de médecins adhérents : 63
- Nombre moyen de partenariat avec des ES ou ESMS : 27
- Nombre moyen d'ETP : 3,6
- ISQ : 5,8 (vs. 5,9 pour l'ensemble des réseaux)
- Montant moyen versé par patient : 706 €
- Montant moyen versé par réseau : 210 650 €
- Taux de couverture FIQCS : 87% (montants accordés par le FIQCS / coût total du projet)

Les réseaux gérontologiques de la CCMSA ont fait exception : 2 évaluations nationales ont posé les bases du modèle médico-économique

- Si au global, on ne dispose d'aucun modèle médico-économique, le rapport IGAS de 2006, par ailleurs très critique vis-à-vis des réseaux, a néanmoins indiqué les évaluations menées par les réseaux gérontologiques de la CCMSA. Ces derniers font partie des rares qui ont été évalués : ils « ont fait l'objet de **2 évaluations nationales** successives, l'une externe (2000-2002), l'autre interne (2002-2004) ayant permis la **comparaison entre les patients des réseaux et un groupe témoin** » et par la même, la **validation du modèle**.
- Les évaluations des réseaux CCMSA (2000-2004) ont permis de tirer les enseignements suivants :

2 groupes ont été comparés : un groupe témoin et un groupe comprenant des PA adhérent au réseau

- **Une évaluation médicale plutôt positive :**
 - Un taux de décès à 2 ans inférieur (15,2% pour le groupe réseau vs. 20,4% pour le groupe témoin)
 - Un taux de placement supérieur (13,2% vs. 10,3%) (*indicateur non explicité dans le rapport et qui pose question*)
- **Une évaluation économique plutôt positive** (des montants calculés par personne et par mois):
 - des dépenses de santé moindres pour le groupe réseau (937 € par mois, vs. 1 088€ pour le groupe témoin) :
 - Équivalentes pour les dépenses ambulatoires (mais avec des coût de transport plus élevés, des coûts de matériels et médicaments plus faibles)
 - plus faibles pour les dépenses hospitalières
 - Un coût du réseau (dépenses dérogatoires + coût de fonctionnement) de presque 80€ par mois
 - Pour un bilan total positif (coût total groupe réseau : 1 017€, vs 1 088 € pour le groupe témoin)

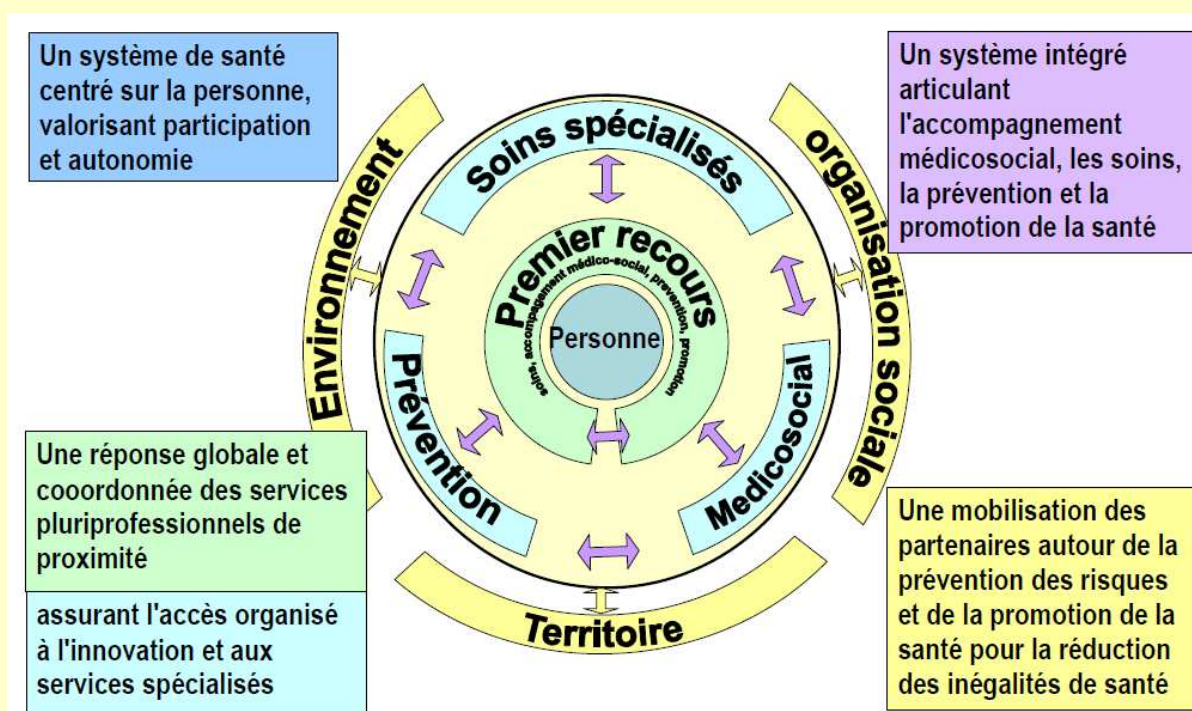
Pour en savoir plus :

http://www.msa.fr/files/msa00/msa00_1090920189390_BILAN_3ANS_RESEAUX_GERONTO.pdf

La création des ARS renouvelle les réflexions parcours

- **La création des ARS en avril 2010 ancre dans la réalité une vision globale de la santé** et donne sens à la notion de **parcours de santé**. En effet, au regard des deux grandes missions des agences, le pilotage de la politique de santé et la régulation de l'offre, les ARS sont amenées à interagir de manière transverse avec une multitude d'acteurs au niveau régional, départemental mais aussi local sur les champs de la prévention, du médico-social et du sanitaire : hôpitaux, établissements médico-sociaux, médecins libéraux, etc. Dans une logique de coopération avec les représentants d'autres politiques publiques, les agences collaborent également avec d'autres services de l'Etat, des collectivités territoriales, etc.
- Dans le cadre de **la formalisation de leur stratégie régionale**, les ARS ont construit avec les acteurs locaux leur **Plan stratégique Régional de Santé (PSRS)**. On retrouve dans ces derniers des objectifs de coordination, de partage d'information entre professionnels ou à destination des usagers, d'accès égalitaire au soin ou à la santé. Ces leviers ont notamment pour objectif **l'amélioration du parcours de santé, un parcours qui est désormais analysé de bout en bout, dans une logique d'identification des points de rupture**.

Illustration : l'approche systémique de l'ARS Pays de Loire



Source : PSRS Pays de Loire

Dans leur stratégie toutes les ARS ont identifié des objectifs visant la fluidification des parcours, personnes-âgées notamment (1/3)

Comment la notion de parcours de santé a-t-elle été traitée dans les PSRS ?

- L'amélioration du parcours de santé a été traitée par certaines ARS de **manière générique** au niveau du PSRS, ces dernières n'ont pas choisi une approche populationnelle ou par pathologie en première analyse : « aller au delà d'une approche par pathologie : organiser l'ensemble du système de santé pour permettre à chaque usager de bénéficier du parcours de soins, de santé ou de vie dont il a besoin »
 - Les **principaux objectifs ou leviers mentionnés** à ce niveau recouvrent :
 - La **fluidification du parcours** de santé en tant que tel par :
 - « La mise en place de dispositifs d'observation permettant d'analyser les besoins et points de blocages au long des parcours »
 - « La coordination de la prise en charge autour du patient », « le développement de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre professionnels »
 - « Le développement « d'alternatives à l'hospitalisation »
 - « La circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé »
 - La **nécessaire coordination avec les autres politiques publiques car**, l'état de santé des personnes repose pour une grande part sur des déterminants sociaux extérieurs, il s'agit donc d'agir de manière coordonnée avec les institutions et administrations comme l'Education nationale, les conseils généraux, les DIRRECCTE etc. ...
- Les ARS qui se sont fixées des objectifs stratégiques transversaux sur les parcours ont pour certaines proposé dès le PSRS des focus sur **des parcours prioritaires**. C'est le cas par exemple de l'ARS Ile de France dont le premier objectif stratégique est consacré au parcours (cf. illustration ci-dessous)

Illustration : Le premier objectif du PSRS de l'ARSIF est consacré au parcours

« 1. GARANTIR A CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTE LISIBLE, ACCESSIBLE ET SECURISE

- 1.1. Entrer au bon moment dans le parcours de santé
- 1.2. Entrer au bon endroit dans le parcours de santé : structurer le premier niveau de recours aux soins préventifs et curatifs
- 1.3. Bénéficier d'un parcours adapté à ses besoins
 - 1.3.1. Garantir l'accessibilité des parcours de santé
 - 1.3.2. Prévenir les ruptures dans les parcours de santé, renforcer la cohérence et la gradation des prises en charge
 - 1.3.3. Garantir le respect de la personne, de son autonomie et de ses droits
- 1.4. Pathologies et populations : les parcours de santé prioritaires pour l'ARS
 - 1.4.1. Pour les enfants et les jeunes, mettre l'accent sur la prévention
 - 1.4.2. Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne
 - 1.4.3. Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques »

Source : PSRS

Dans leur stratégie toutes les ARS ont identifié des objectifs visant la fluidification des parcours, personnes-âgées notamment (2/3)

- D'autres ARS ont, dès les PSRS, développé une approche par parcours très poussée et ont produit des documents spécifiques, intégrant le PRS. C'est le cas notamment des ARS Languedoc-Roussillon et Limousin. (cf. illustration ci-dessous)

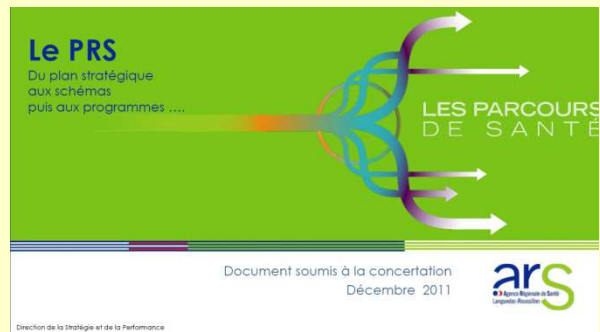
Illustration : exemple de démarches parcours menées par les ARS

L'ARS Languedoc-Roussillon mène une démarche parcours spécifique qui se déroule en trois temps :

1. Étude des parcours et identification des points de rupture
 2. Proposition et repérage « d'histoires réussies »
 3. Mise en œuvre de plans d'action territoriaux
- A ce stade, l'ARS a identifié les enjeux sur les **5 parcours** qui correspondent aux focus de son PSRS : **personnes âgées**, maladies chroniques, AVC, santé mentale des adolescents, addictions. Elle a ensuite décliné ces enjeux dans un format « rail » homogène puis a **identifié les axes de travail en analysant les points de criticité de chaque parcours**.

Sur le parcours personnes âgées par exemple, 4 enjeux ont été identifiés (représentés par des cerclages roses ci-contre) : prévention, prise en charge d'un épisode aigu, engorgement de l'aval, soutien à domicile.

Pour en savoir plus : <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Les-parcours-de-sante.126784.0.html>



L'ARS Limousin a complété son PRS par un **programme spécifique sur les parcours**. « Le programme (...) proposé vise à illustrer au travers de **quatre parcours de santé différents**, celui d'une **personne âgée**, celui d'une personne atteinte d'un cancer et plus précisément un cancer du sein, celui des addictions et enfin celui de la santé mentale les points de rupture, de mauvaise orientation des patients dans une offre parfois complexe ainsi que les répercussions induites sur son état de santé et sa prise en charge. ».

Pour chacun des parcours analysés, une première partie fait état des **points essentiels à prendre en compte pour le coordonner**, une deuxième partie mentionne les **points de rupture repérés sur ce parcours, illustrés par des exemples concrets**, une dernière partie recense les **objectifs du PRS proposant des pistes de solution**.

Pour en savoir plus : <http://www.ars.limousin.sante.fr/Avis-de-consultation-sur-le-Pr.125135.0.html>

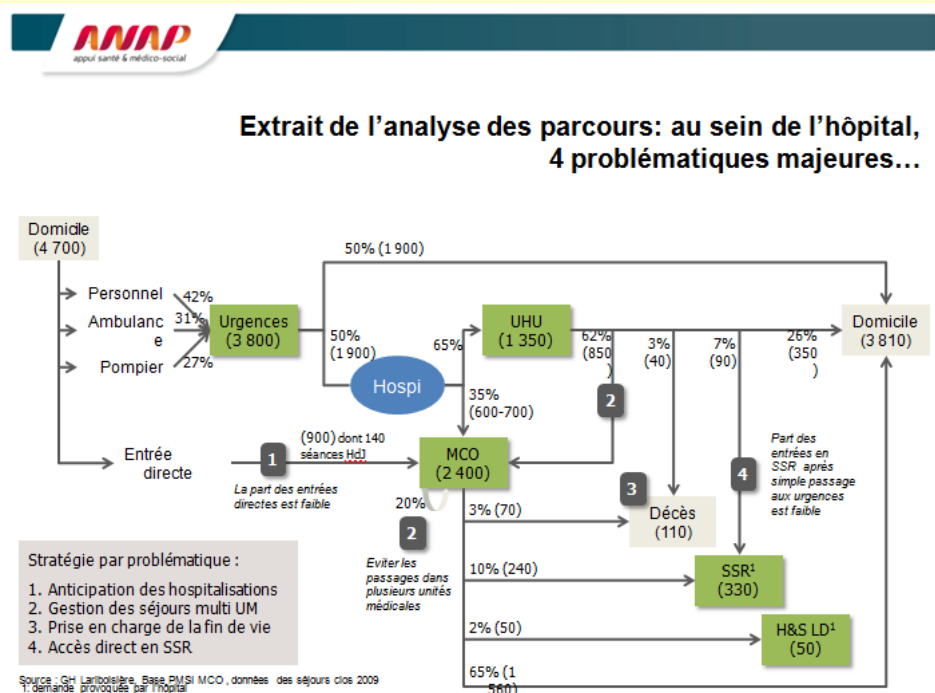


Dans leur stratégie toutes les ARS ont identifié des objectifs visant la fluidification des parcours, personnes-âgées notamment (3/3)

- Enfin, des analyses ont été réalisées par certaines agences à une **maille territoriale très fine sur le parcours des personnes âgées**. C'est le cas notamment des ARS Ile-de-France et Pays de la Loire (cf. illustration ci-dessous)

Illustration : exemple de démarche parcours PA menées par les ARS

L'ARS Ile-de-France a formalisé, avec l'ANAP, sur une maille territoriale très fine, des parcours – analyse de flux quantifiée, sur le parcours hospitalier et l'aval dans un premier temps.



Pour en savoir plus : www.anap.fr

Comme mentionné dans son PSRS, « elle met en place un **projet spécifique pour l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans le nord de Paris**. Ce projet est conduit en partenariat avec l'ANAP qui en assure la chefferie de projet et en lien avec la CPA M 75. Il intègre des offreurs de santé, professionnels de terrain impliqués localement auprès des personnes âgées. L'ambition de ce projet est, en s'appuyant sur les dispositifs innovants d'ores et déjà existants pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées (CLIC, réseaux, filières gériatriques), de rénover en profondeur l'approche des parcours de santé.

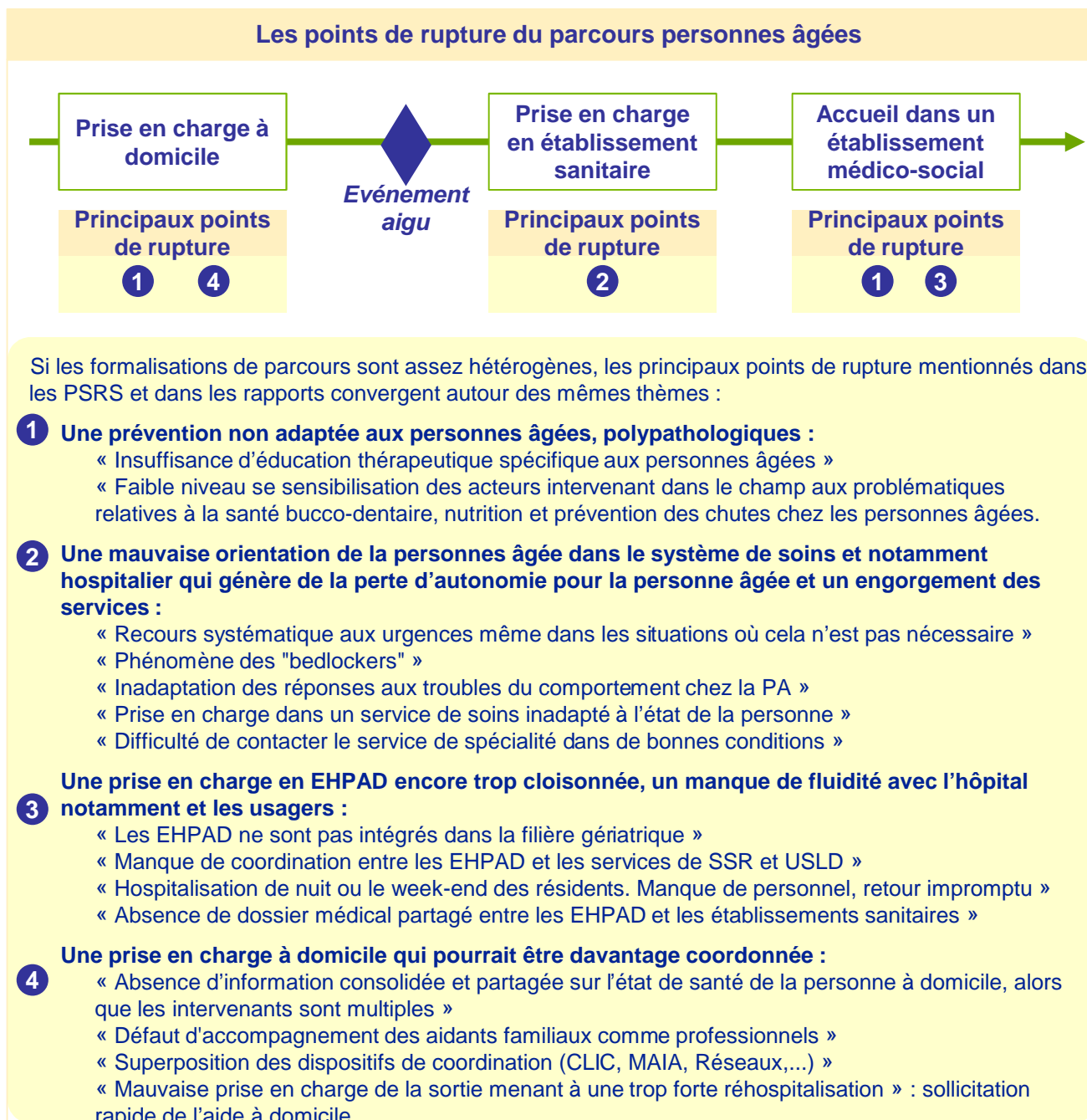
- Concernant l'offre il s'agit de **limiter les risques de rupture aux interfaces**, améliorer la coordination, mieux différencier l'offre des différents acteurs, privilégier les alternatives à l'hospitalisation, développer les métiers émergents ;
- Concernant la régulation : prendre une place croissante dans la gouvernance territoriale pour jouer un rôle d'ensemblier au plus près des opérations ;
- Concernant le financement : aligner les incitatifs économiques pour favoriser la coordination et favoriser la prise en charge des personnes par les bons acteurs au bon moment ;
- Concernant les systèmes d'information : passer d'une information sur des « épisodes de soins » à une information sur des « parcours de santé ». »

L'ARS Pays de la Loire, également accompagnée par l'ANAP a réalisé 2 diagnostics territoriaux. Cela lui a permis définir des feuilles de route précises qui devront être mises en œuvre avec les partenaires locaux, dans le cadre notamment d'une nouvelle gouvernance territoriale.

Source : PSRS, anap.fr

Les réflexions les plus récentes portent donc désormais sur les parcours entiers dans une logique d'identification des « points de rupture »...

- Quelle que soit l'approche de l'ARS, l'analyse des parcours est désormais réalisée dans l'optique d'identification des points de rupture (ou « point de criticité » ou encore « nœuds de fragilité »). Ces derniers sont souvent très comparables d'une région à l'autre (cf. illustration ci-dessous)



Source : PSRS

Les ARS ont d'ores et déjà mentionné des innovations pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées

- **Pour fluidifier le parcours quelques ARS mentionnent, dès l'exercice du PSRS un certain nombre d'innovations**, autour par exemple des notions de :
 - **Filière intégrant les acteurs du médico-social** notamment : « filière élargie », « inter-filières gériatriques gérontologiques » qui permettent de fluidifier la prise en charge d'un événement aigu, d'anticiper et de mieux accompagner les sorties d'hospitalisation
 - **Plateformes intégrées** : « plateformes locales de coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux autour de la personne âgée », « plateforme d'évaluation gérontologiques » qui offrent une prestation intégrée et facilite le dépistage complet et systématique
 - **Télé médecine** qui, pour les PA entre autres, réduit notamment les inégalités territoriales d'accès aux soins et facilitent le maintien à domicile
 - **Système d'information** qui favorise le partage d'information entre les acteurs de la santé. C'est le cas par exemple de l'ARS Rhône Alpes qui mentionne un certain nombre d'innovations SI : mise à disposition des filières gériatriques et MAIA un dossier médico-social pour améliorer le partage de données et le suivi des patients, création d'un outil de gestion des flux d'admission en EHPAD à disposition des professionnels, des PA et de leurs familles...
- Certaines ARS évoquent des **modèles de parcours territoriaux avec une réflexion sur les différents types d'offres** à proposer sur le champ PA en fonction du niveau de proximité. L'ARS Midi-Pyrénées propose par exemple ce type d'approche.

Illustration : exemple de répartition territoriale proposée par l'ARS Midi-Pyrénées

L'ARS Midi-Pyrénées propose dans son PSRS un axe stratégique dédié au parcours de santé : « positionner l'usager au cœur du dispositif de santé ». Dans ce dernier, **8 parcours ont été analysés** (mère-enfant, jeunes, personnes âgées, personne en situation de handicap, patient atteint d'un cancer, personnes diabétiques, personnes souffrant de troubles mentaux, patient ayant subi un AVC).

Concernant le parcours de santé des **personnes âgées**, l'ARS mentionne dans son PSRS la notion de filière élargie ainsi que la **gradation des soins** en structurant l'offre de soins territorialement dans une logique d'égal accès aux soins.

Au niveau territoire de santé	Au niveau bassin de santé
<ul style="list-style-type: none"> - Plateforme d'évaluation gérontologique - Unité cognito-comportementale - Equipe spécialisée Alzheimer - Unité d'hébergement renforcée - Unités de soins de longue durée (USLD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation mémoire, hospitalisation de jour - SSR polyvalents et polyopathologiques - Lits de court-séjour gériatrique - EMG intervenant à domicile - SSIAD et structures d'hébergement diversifiées (accueil temporaire, EHPAD...) - Dispositif de coordination des MAIA - Accès à la formation des aidants des patients de la maladie d'Alzheimer

- **A noter : dans le cadre du suivi et de l'évaluation du PRS, certaines ARS vont être amenées à évaluer en quoi les actions mises en œuvre ont réellement permis d'améliorer ou de fluidifier les parcours.**

Source : PSRS

ANNEXES

- **Bibliographie :**
 - Références réglementaires
 - Plans et rapports nationaux
 - Études (parcours et coordination, parcours et territoires, parcours et évaluation)
 - Retour d'expérience
 - Stratégie des ARS

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (*CRDM*) des ministères sociaux

- **Démarche**

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

I/ Références législatives et réglementaires

Lois

- **La création et les missions des ARS :**

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST. NOR : SASX0822640L

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Titre III ; Chapitre V. NOR: MESX0100092L

- **Prise en compte de la dépendance des personnes âgées :**

- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. NOR: SANX0400122L

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. NOR: MESX0000158L

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. NOR: MESX0100027L

Décrets

- Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles. NOR : SANA0620686D

- **Le rôle du médecin coordonnateur :**

Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. NOR : SANA0521723D

- **Les EHPAD et leurs modalités de financement :**

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. NOR: MESA9921082D

- Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

I/ Références législatives et réglementaires

Les circulaires et lettres circulaires

- **Réseaux de santé « personnes âgées » :**

Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». NOR : SANH0730381C

- **Filières gériatriques :**

Circulaire DHOS/O2 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. NOR : SANH0730182C

- Circulaire DHOS/O3/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. NOR : SANH0730115C

- Circulaire DGAS/SD 5B no 2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements. NOR : SANA0630246C

- Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. NOR : MESH0230123C

- Circulaire DGAS/AVIE/2 C n°2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - modalités de la campagne de labellisation pour 2001. NOR : MESA0130196C

- Circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005. NOR : MESA0030239C

- Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. NOR : MESP9930589C

- Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques.

- **Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique**

Ce décret précise qu'un réseau s'appuie sur une "démarche d'amélioration de la qualité des pratiques" et définit ce que doit comporter la charte, la convention constitutive.

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

II-A/ Plans nationaux

- **Plan Solidarité Grand Âge : BAS, Philippe, Paris**, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2006, 39p.
- **Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012** : Ministère de la santé, Paris, Ministère de la santé, 2008, 84p
- **Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2004-2007** : Ministère de la santé, Paris, Ministère de la santé, 2008, 40p
- **Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2001-2005** : Ministère de la santé, Paris, Ministère de la santé, 2001
- **Plan national « Bien vieillir » 2007-2009** : Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris, Ministère de la Santé, 2007, 35p
- **Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques** : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007, Ministère de la Santé et des Solidarités, 52p.
- **Plan national maladies rares** : Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et al, 2011, Ministère de la Santé, 56p.
- **Plan Cancer** : Ministère de la santé et des sports, Institut national du cancer (INCa), Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2009, Ministère de la Santé,

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

II-B/ Rapports

- **L'accompagnement comme facteur d'amélioration de la prise en charge en santé.** COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ . Paris, CISS, 2011.
- **Les défis de l'accompagnement du grand âge - Perspectives internationales.** GIMBERT, Virginie ; MALOCHET, Guillaume. Paris, Centre d'analyse stratégique, DREES ,2011. 192p.
http://www.strategie.gouv.fr/system/files/version3_rapp_dep_28juin_15h_0.pdf

Alors que la réforme du système de prise en charge de la dépendance est au cœur de l'agenda politique en France, comment les personnes âgées ayant des pertes d'autonomie sont-elles accompagnées dans les autres pays ? Ce rapport propose une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon. Il s'agit de re-situer le débat national sur la dépendance dans un contexte international en mouvement, de nombreux pays ayant déjà amorcé des réformes ou étant sur le point de le faire.

- **Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins.** Rapport d'activité 2010 Rapport, Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. (F.I.Q.C.S.). Paris. FRA,
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/fiqcs/rapport-d-activite-2010.php>

Le rapport d'activité 2010 comprend une première partie retraçant les éléments d'analyse de l'activité générale du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et d'une seconde partie reprenant chacune des grandes thématiques financées par le FIQCS (réseaux de santé, aides à l'installation, amélioration des pratiques, exercices regroupés, nouveaux mode d'exercice, etc.

- **Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2007.** HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (H.C.A.A.M.). Paris, Assurance maladie, 2007,
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000563/0000.pdf>

Les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité et d'améliorer rapidement les processus d'établissement.

- **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.** JEANDEL, Claude, PTIZENMEYER , Pierre, VIGOUROUX, Philippe, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Paris, Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, 2006. 54p.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000419/0000.pdf>

Comment améliorer l'accès du patient gériatrique à un soin approprié à ses particularités tout en optimisant la gestion des séjours hospitaliers ? Compte tenu de la "vague démographique" gériatrique qui s'annonce dans les quinze années à venir, le rapport prévoit une augmentation de la demande de soins et des besoins en soins hospitaliers spécifiques. Pour faire face à ce défi, le rapport formule vingt recommandations qui s'articulent autour des cinq objectifs suivants : créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences ; faire contractualiser en tant que "partenaires de la filière gériatrique labellisée" les établissements et structures associés à la filière gériatrique ; prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques ; développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient ; disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique.

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

II-B/ Rapports

- **Les personnes âgées dépendantes**, Rapport. COUR DES COMPTES, Paris, Cour des Comptes, 2005. 429p. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000746/0000.pdf>
- **La prise en charge des personnes âgées dépendantes**, Rapport. COUR DES COMPTES, Paris, Cour des Comptes, 2010. 49p. <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/A5-prise-en-charge-personnes-agees-dependantes.pdf>

En novembre 2005, la Cour publiait un rapport particulier consacré aux personnes âgées dépendantes. Après un vaste travail de contrôle et d'évaluation, au niveau des administrations centrales, des départements, des maisons de retraite et des services d'aide à domicile, les juridictions financières dressaient un bilan soulignant les inadaptations et les insuffisances de l'offre de services et d'équipements, les lacunes des outils de pilotage et de contrôle de la qualité de la prise en charge et la complexité des circuits de décision et de financement. La Cour alertait par ailleurs les pouvoirs publics sur les difficultés de financement à venir et appelait à une clarification et à une consolidation des financements. Son rapport intervenait alors que se mettait en place un nouvel acteur majeur du secteur : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, à laquelle étaient affectées des ressources nouvelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie.

Dans le cadre de la démarche de suivi de ses recommandations, la Cour a souhaité en 2010 évaluer les progrès réalisés depuis 2005, notamment ceux permis par ce changement institutionnel. Elle a souhaité le faire alors même que sont débattus des projets de loi (notamment sur le cinquième risque) qui pourraient à nouveau faire évoluer le dispositif de prise en charge.

- **Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix**. LÉBOULET, Stéphane. Paris, Centre d'analyse stratégique, 2006. 429p. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000526/0000.pdf>

Le document correspond au second rapport de la mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes" conduite par Stéphane Le Bouler. Quatre axes sont développés dans ce rapport : diversité de l'offre et possibilités d'intégration, quantification du nombre de places aux différentes échéances 2010, 2015 et 2025, accessibilité financière, évaluation budgétaire et dispositifs de financement, répartition territoriale.

- **Rapport d'information n° 2647 la prise en charge de s personnes âgées dépendantes**. ROSSO-DEBORD, Valérie. Paris ,2010, Assemblée nationale .128p. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>

Après avoir pris acte du contexte socioéconomique spécifique au sein duquel cette prise en charge s'effectue actuellement et pour plusieurs années encore (I), l'Assemblée nationale a répertorié divers constats quasi unanimement dressés par ses différents interlocuteurs et représentatifs de divers freins au fonctionnement satisfaisant de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (II), avant de tenter de répondre aux nombreuses questions que poserait une réforme du dispositif actuel : par quelles institutions assurer la couverture du risque de dépendance pour nos concitoyens ? Comment soutenir au quotidien les personnes âgées, leurs aidants et les différents acteurs de terrain, tant au niveau social que médico-social ? Comment prévenir leur fragilité et accompagner leur perte d'autonomie ? Le rôle dévolu aux conseils généraux permet-il d'assumer la prise en charge des plus faibles ? Quelle que soit la valeur des interventions de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse ou des institutions de retraite et de prévoyance, comment réduire l'importance des sommes qui restent dues par les familles ? (III)

- **« Vieillesse, longévité et assurance maladie ». Constats et orientations, Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie . HCAAM**. Paris, 2010, Assurance maladie.11p. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_220410.pdf

Le vieillissement de la population est souvent présenté comme une des causes essentielles de la hausse des dépenses de santé, et donc des tensions sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Le HCAAM a donc souhaité aborder cette question, au cœur de plusieurs débats actuels relatifs à d'autres dimensions de la protection sociale telles que les retraites ou la perte d'autonomie.

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

II-B/ Rapports

- **Vivre ensemble plus longtemps, Rapport.** GIMBERT, Virginie, GODOT, Clélia. Paris, 2010, Centre d'analyse stratégique. 311p. <http://www.strategie.gouv.fr/content/rapport-vivre-ensemble-plus-longtemps-0#les-ressources>

Le vieillissement des sociétés est un phénomène mondial, mais il présente dans chaque pays des singularités. Entre mini baby-boom, maintien de sa population active et papy-boom, la société française présente des atouts et des vulnérabilités spécifiques. Sans négliger les enseignements de la comparaison avec l'étranger, il s'agit de formuler une réponse originale aux défis du vieillissement dans le cas de la France.

- ★ ★ **Assurance maladie et perte d'autonomie : contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées : rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.** HCAAM. Paris. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2011. 186p. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf


La problématique de la perte d'autonomie, dans sa relation avec la prise en charge médicale et soignante, était déjà présente dans les deux derniers rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : le rapport d'avril 2010 intitulé "Vieillesse, longévité et assurance maladie" et le rapport annuel pour 2010, adopté en novembre 2010, intitulé "L'assurance maladie face à la crise". Le HCAAM estime qu'une clarification de certains concepts parmi les différents besoins d'une personne âgée "dépendante" est nécessaire: -ce qui relève de la santé, c'est à dire des besoins liés à sa maladie, et non à son état de perte d'autonomie, -ce qui relève de son hébergement et de ses revenus de remplacement, c'est à dire les besoins, extérieurs au champ de compétence du HCAAM, qui auraient été les siens même si elle n'avait pas perdu son autonomie, -et enfin ce qui relève spécifiquement de l'accompagnement et de la compensation de la perte d'autonomie, sous forme d'aides humaines ou d'aides techniques. Ce rapport se fixe pour objectifs d'identifier en quoi l'assurance maladie peut prévenir la survenue trop rapide d'une altération de l'autonomie dans les gestes et relations de la vie quotidienne, mais aussi ce qu'elle est en droit d'attendre d'une meilleure prise en charge de la dépendance.

Bibliographie indicative





Parcours de santé - focus personnes âgées

III/ Études

▪ A/ Parcours et coordination





- **La dépendance des personnes âgées : avis du CESE : mandature 2010-2015, séance des 14 et 15 juin 2011.** WEBER, Monique , VÉROLLET, Yves. Paris, Journal officiel , 2011. 82p.
 <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000337/0000.pdf>

Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 25 % d'ici 2025. En plus des réponses financières à apporter à l'évolution du nombre de personnes dépendantes et à leur prise en charge, le CESE avance des réponses sur le plan sociétal. Le rapport montre que les politiques publiques doivent favoriser la construction de parcours de vie répondant aux besoins des personnes âgées, en développant la prévention, en adaptant l'habitat et en soutenant toutes les initiatives technologiques au service de l'autonomie. Le rapport préconise notamment une meilleure coordination du parcours de soins, le renforcement de l'aide à domicile et le soutien aux aidants. Il présente des pistes de réflexion pour le financement de la perte d'autonomie (instauration d'une taxe sur les successions et les donations, évolution des taux de CSG des retraités).

- **Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : rapport du groupe de travail sur la prise en charge de la dépendance n°3 .** MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE N° 3, INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES. Paris ; Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, La documentation française, 2011. 50p.
   

<http://www.dependance.gouv.fr/Remise-des-4-rapports-des-groupes.html>
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000334/0000.pdf>

Ce rapport traite des modalités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, via six thèmes : offre d'hébergement, secteur de l'aide et soins à domicile, parcours coordonné de la personne âgée dépendante, perspectives de programmation et planification de l'offre, qualité de l'accueil et de l'accompagnement, politique tarifaire et évolution des coûts de prise en charge.

- **Assurance maladie et perte d'autonomie : contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées : rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.** HCAAM. Paris. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2011. 186p. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
   

La problématique de la perte d'autonomie, dans sa relation avec la prise en charge médicale et soignante, était déjà présente dans les deux derniers rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : le rapport d'avril 2010 intitulé "Vieillesse, longévité et assurance maladie" et le rapport annuel pour 2010, adopté en novembre 2010, intitulé "L'assurance maladie face à la crise". Le HCAAM estime qu'une clarification de certains concepts parmi les différents besoins d'une personne âgée "dépendante" est nécessaire: -ce qui relève de la santé, c'est à dire des besoins liés à sa maladie, et non à son état de perte d'autonomie, -ce qui relève de son hébergement et de ses revenus de remplacement, c'est à dire les besoins, extérieurs au champ de compétence du HCAAM, qui auraient été les siens même si elle n'avait pas perdu son autonomie, -et enfin ce qui relève spécifiquement de l'accompagnement et de la compensation de la perte d'autonomie, sous forme d'aides humaines ou d'aides techniques. Ce rapport se fixe pour objectifs d'identifier en quoi l'assurance maladie peut prévenir la survenue trop rapide d'une altération de l'autonomie dans les gestes et relations de la vie quotidienne, mais aussi ce qu'elle est en droit d'attendre d'une meilleure prise en charge de la dépendance.

- **Filières, réseaux, territoires et coordination : dossier**
 <http://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/filieres-reseaux-et-coordination>

Dossier web contenant des définitions, une bibliographie, une webographie et des perspectives...

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

III/ Études

- **Optimiser les dépenses de santé.** « Mieux coordonner la prise en charge des maladies chroniques pour optimiser les ressources » Chapitre V. OCDE. Paris, OCDE, 2010. p141–174.
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/optimiser-les-depenses-de-sante/mieux-coordonner-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-pour-optimiser-les-ressources_9789264088832-8-fr

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE sont devenus de plus en plus complexes ; or la multiplicité des prestataires, le non-respect des protocoles de soins, la disparité des remboursements et la décentralisation des dossiers médicaux perdurent dans la plupart des cas. Les problèmes que doivent gérer les systèmes de santé ont évolué eux aussi : l'augmentation du nombre de malades chroniques recevant des soins de plusieurs prestataires va de pair avec un cloisonnement de plus en plus marqué. D'où des désagréments pour les patients, conjugués à des soins inefficaces et peu sûrs. Une meilleure coordination est-elle la solution ? Quels sont les instruments à disposition pour mieux coordonner la prise en charge ? Ce chapitre porte sur les obstacles à une bonne coordination des soins et sur la marche à suivre pour y remédier dans les systèmes de santé de la zone OCDE.

- **L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge.** FOUQUET, Annie, TREGOAT, Jean-Jacques. Paris, Inspection générale des affaires sociales, 2011. 121p.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article216>

Le présent rapport de l'IGAS explore la question de la coordination des acteurs du parcours de soins de la personne âgée fragile, tant dans le secteur sanitaire, en établissement de santé ou en « ville », que dans le secteur médico-social ou social. La première partie de l'étude présente des éléments de contexte : la spécificité des personnes âgées face à la santé (fragilité, poly-pathologies) et en matière d'hospitalisation (durées moyennes de séjour, passages et entrées par les urgences). La deuxième partie donne les résultats des investigations de terrain sur les modes d'organisation et les moyens de coopération autour du parcours de soin de la personne âgée. Ces organisations et ces moyens sont variés et le rapport en présente la typologie et les caractéristiques, puis leur impact sur des éléments objectivables de l'hospitalisation : durées moyennes de séjour, passages aux urgences... A partir de ces constats et des difficultés recensées par les acteurs, la troisième partie formule des recommandations en les inscrivant dans le contexte législatif et réglementaire, notamment la loi HPST (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative, aux patients, à la santé et aux territoires) et la création des ARS (Agences régionales de santé), dont l'un des objectifs est d'assurer une mission de coordination entre le secteur social et médico-social.

- **La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles.** Centre de Gestion Scientifique des Mines-Paris Tech pour la Fondation Paul Bannetot. Paris, Fondation Paul Bannetot, 2011. 241p. http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_-fev2011_.pdf

Quels sont les facteurs de succès pour la mise en place de « fonctions de coordination » pérennes qui puissent améliorer le parcours des personnes en besoin d'aide à l'autonomie et leur prise en charge ? La notion de « fonction de coordination » comprend ici à la fois les dispositifs ou organisations qui ont une mission de coordination et les professionnels exerçant une fonction de coordination.

- **Les organisations coordonnées dans la prise en charge des personnes âgées.** Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées SARL. Paris, CLEIRPPA, 2011. 2p.
- **Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade.** Haute autorité de santé, Paris, HAS, 2008. 119p http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/rapport_de_synthese_des_evaluations_quantitatives_relatives_aux_nouvelles_formes_de_cooperation_entre_professionnels_de_sant.pdf

Entre décembre 2003 et octobre 2007, 15 expérimentations visant à apporter des éléments de réflexion détaillés sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de redéfinition de ces contours ont été menées en France. Ces expérimentations (qui se sont déroulées en deux vagues successives) se sont inscrites dans des démarches volontaires devant déboucher sur des résultats évaluables portant notamment sur l'efficacité et la sécurité des soins dispensés.

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

III/ Études

- **Un modèle français d'intégration des services pour les personnes âgées fragiles : de l'innovation de sa conception à son implantation. Le modèle COPA – Thèse.** Dr Isabelle Vedel. Reims, Université Reims, décembre 2008. 222p. <http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/sante/2008REIMM209.pdf>

La prise en charge des maladies chroniques et des incapacités devient un enjeu majeur pour nos systèmes de santé, en particulier la prise en charge des personnes âgées fragiles. En effet, les pays occidentaux, ainsi que récemment les pays en voie de développement, ont connu des transitions démographiques importantes avec un accroissement de la part des personnes âgées dans la population. Plus récemment, les transitions épidémiologiques posent des challenges à nos systèmes de santé du fait d'une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de maladies chroniques. Ainsi, la population âgée présente des problèmes médico-psycho-sociaux complexes et en moyenne 2,34 types de problèmes chroniques.

- **B/ Parcours et territoires**
- **De la filière gériatrique intra-hospitalière à la filière gériatrique de territoire : une dynamique orchestrée par le Centre Hospitalier de Gonesse.** Thèse/mémoire. TRIESTE, Patrick. Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique. (E.H.E.S.P.), 2009. 74p. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2009/trieste.pdf>

La filière de soins gériatriques doit permettre à la personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique...

- **Santé et Territoire : quel (s) territoire (s) pertinent (s) ? Étude à partir des problématiques des personnes âgées.** Thèse/mémoire. MORGNY, Cynthia. Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique. (E.H.E.S.P.), 2009. 69p. http://ressources.ensp.fr/memoires/2009/mip/groupe_8.pdf

La compréhension de plusieurs concepts : territoire, personnes âgées, réseaux, filière gériatrique, est nécessaire afin de répondre à la problématique posée : la pertinence de la région comme échelon territorial administratif, celui de la planification et de la coordination, se heurte à la nécessité de prendre en compte un, voire plusieurs échelons de plus grande proximité : comment dès lors dépasser l'enchevêtrement constaté sur cette question et créer une unité ?

- **Réseaux de santé et territoires - où en sommes-nous ?** ACEF, Said. Paris, Cnaf, 2008.p72 à 81. http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=INSO_147_0072

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès, la coordination et la continuité des soins en prenant en compte la globalité des besoins des usagers. Ils agissent en faveur du décloisonnement des secteurs et des interventions. Leur couverture territoriale est loin d'être exhaustive. Pour autant, ils constituent un levier important en faveur de l'innovation organisationnelle et de la mutualisation de l'offre de services sur un territoire donné. À partir de leur fonctionnement, il s'agit d'anticiper les changements profonds auxquels notre système de santé est actuellement confronté.

- **C/ Modèles medico-économiques et évaluation**
- **Does clinical coordination improve quality and save money.** Étude. The Health Foundation, juin 2011, Londres. UK. <http://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money/>

Cette revue de littérature produite par The Health Foundation en Europe tente de répondre à l'hypothèse suivante : une meilleure coordination des soins améliore-t-elle la qualité de la prise en charge. La méthodologie est explicitée. Les éléments démontrant la mauvaise qualité d'une prise en charge non coordonnée sont mentionnés. Néanmoins l'étude précise les difficultés à établir un lien précis entre meilleure coordination et meilleure qualité de la prise en charge.

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

III/ Études

- **Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé.** BOURGUEIL, Y . In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé. Rapport du groupe de travail présidé par Mireille ELBAUM. Paris, HAS, 2007/12, p. 261-291. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre des travaux initiés depuis décembre 2003 sur le thème des coopérations entre professions de santé. La mission confiée au Professeur Yvon Berland sur le lancement et l'évaluation d'expérimentations de coopération entre professions de santé en 2003 a permis de définir un premier état de la question, de préciser le cadre réglementaire des expérimentations et de produire une première évaluation relative à cinq expérimentations. Afin d'approfondir ces enseignements et de proposer des pistes pour l'action, le ministre chargé de la Santé a demandé à la HAS d'élaborer une recommandation sur les coopérations entre les professions de santé. Ces travaux, qui associent l'ONDPS, comprennent notamment une analyse approfondie des enjeux et des conséquences des coopérations entre professions de santé dans les trois domaines suivants : le domaine de la formation, le domaine juridique et le domaine économique. C'est dans cette perspective que la HAS a confié à Mireille Elbaum, Professeure au conservatoire national des Arts et Métiers, la présidence d'un groupe de travail sur les enjeux économiques, organisationnels et sociologiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

- **L'évaluation des réseaux de santé : quelle réalité ?** CLAPPIER Philippe. Rennes, École Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.) 2006. 37p. http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/mip/2006/groupe_28.pdf

Le document aborde le sujet de l'évaluation des pratiques des réseaux au regard de leurs objectifs ainsi que la question de l'objectivité des éléments d'évaluation au regard du fait qu'ils sont déterminés par les promoteurs eux-mêmes.

- **Organisation d'un réseau gérontologique : dernière évaluation de l'action expérimentale : rapport final d'activité.** Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Paris : Mutualité Sociale Agricole (MSA), 2006. 44 p. http://www.msa.fr/files/msa00/msa00_1090920189390_BILAN_3ANS_RESEAUX_GERONTO.pdf

Promue par la CCMSA en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM, l'action expérimentale "organisation d'un réseau gérontologique" a été conduite sur 19 sites et a concerné les assurés des 3 principaux régimes d'assurance maladies : agricole, général, travailleurs indépendants. Son évaluation sur la période 09/2002 à 03/2004 se révèle tout à fait encourageante. En effet, on constate une plus faible mortalité et un moindre recours aux urgences hospitalières dans le groupe réseau que dans le groupe témoin. Quant à l'aspect économique, les frais inhérents au dispositif sont compensés par les économies générées par la prise en charge en réseau en matière d'hospitalisation. Il apparaît en effet qu'un patient adhérent au réseau gérontologique a une dépense d'hospitalisation inférieure de 32 % par mois à celle d'une personne hors réseau.

- **Évaluation d'un réseau expérimental « Soubie »** Observatoire régional de la santé Lille : Observatoire régional de la santé Nord - Pas-de-Calais, 2004.
- **Évaluation finale de la mise en place, à titre expérimental, des réseaux gérontologiques promus par la CCMSA, en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM : rapport d'évaluation finale.** Caisse centrale de mutualité sociale agricole. Paris, Ariane santé social, 2003. 338 p.

Les réseaux gérontologiques de la Mutualité sociale agricole ont franchi le cap de leur première année de fonctionnement. L'arrêté d'agrément du 30 mars 2000 stipulait leur évaluation à ce terme. Ce document constitue le rapport final. Il est organisé en trois temps. Le premier temps concerne l'évaluation du réseau dans sa globalité. Le deuxième temps traite du positionnement inter-site à l'aide d'indicateurs pré-établis croisés. Le troisième temps est une description détaillée de la situation sur chacun des sites.

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

III/ Études

- **Évaluation de cinq centres locaux d'information et de coordination (CLIC).** GAY (M.), Rapport, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité 500. Épidémiologie des Maladies Chroniques du Vieillissement. Montpellier, INSERM, 2002. Résumé : [http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/\(Web+Ressources+Attachments\)/RapportCLIC2002/\\$File/RapportInsermCLIC2002.pdf](http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/(Web+Ressources+Attachments)/RapportCLIC2002/$File/RapportInsermCLIC2002.pdf)

Ce rapport rend compte d'une mission d'évaluation de cinq CLIC menée afin d'apporter des éléments d'appréciation sur le développement des coordinations. Cette évaluation a pour objectif d'identifier comment, à partir de sa population d'origine, le CLIC élargit sa cible à l'ensemble des personnes âgées ; d'identifier les moyens mis en œuvre par le CLIC pour recenser et répondre aux besoins des personnes âgées et des professionnels ; d'apprécier si le fonctionnement de la coordination concerne l'ensemble des professionnels de soins, les associations et organismes sociaux et médico-sociaux ; de mettre en évidence l'articulation entre projet de vie et les prestations sociales ou médico-sociales..

- **Réseaux de soins et évaluation. Proposition d'un cadre de référence commun pour l'évaluation des expérimentations « réseaux et filières ».** BOURGUEIL (Y.), Paris, Collège des Economistes de la Santé, 2000.

L'objectif de ce travail est de proposer un cadre d'analyse pour l'évaluation des expérimentations « filières et réseaux ». Les auteurs précisent, d'un point de vue théorique, les enjeux d'une organisation en réseau en termes de transformations du système de soins, en particulier par rapport à une organisation hiérarchique. Ils concluent que le caractère innovant d'un réseau peut constituer le lien de cohérence analytique nécessaire pour évaluer cette expérimentation dans son ensemble. Ils proposent cinq dimensions d'analyse pour mesurer l'impact des réseaux sur le système de soins : le patient, les pratiques et l'organisation des soins, le financement des soins, l'ouverture vers la santé et la dynamique partenariale. Enfin, les auteurs décrivent une expérience menée au Royaume-Uni et présentant certaines analogies avec l'expérimentation française.

- **Principes d'évaluation des réseaux de santé.** ANAES. Paris, ANAES, 1999. 133p. http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_ol/recos/anaes/evre_99.pdf

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a encouragé la constitution des réseaux de santé pour assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient. La mission de l'ANAES est de définir ce qu'est un réseau de santé, de proposer un cadre générique à leur évaluation et de rechercher dans la littérature internationale des méthodologies transposables à la situation française.

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

IV/ Retour d'expérience

■ A/ Retours d'expérience nationales

- **Soins de santé primaires : Filières et réseaux de soins - transferts de compétence – délégation de soins. France et étranger.** IRDES. Paris, IRDES, 2011. p181-217.
<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/PratProfessionnelles.pdf>

Bibliographie et résumés sur les sujets du titre, mise à jour en septembre 2011.

- **La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2.** BOURGUEIL Yann, LE FUR Philippe, MOUSQUÈS Julien, *et al.* Paris, IRDES, 2008. 8p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>

Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE.

- ★ ■ **Les parcours des personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience.** ANAP. Paris, ANAP, 2010. 76p. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Parcours_personnes_agees_REX.pdf

Dans ce document de retours d'expérience, l'ANAP présente quatorze organisations qui concourent à fluidifier le parcours de santé de la personne âgée en situation de fragilité. Les préconisations et grands enseignements qui en sont issus ont vocation à donner des clés de réussite dans la conduite des projets d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées mais également à nourrir les réflexions sur la performance des organisations sur un territoire et l'évolution du système de santé en France.

- **Actes de la journée de rencontre avec les réseaux de santé intervenant à Paris / org. par le Collectif régional des réseaux de santé d'Ile-de-France.** Assistance publique-Hôpitaux de Paris,, Agence régionale de l'hospitalisation Ile-de-France, Union régionale des caisses d'assurance maladie. Paris, AP-HP, 2009. 41 p. http://ressac.intranet.sante.gouv.fr/exl-php/util/documents/accede_document.php

Au sommaire de cette journée du 4 février 2009, trois ateliers : le réseau de santé porteur de qualité – de la qualité des soins à la démarche qualité ; accès aux soins, offre de soins et réseaux de santé, spécificités de Paris ; impact sur le fonctionnement de l'hôpital et de la médecine de ville.

- **Évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé.** CNEH / HAS. Paris, HAS, 2008. 108p http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_cneh_etude_finale_2008_04_16_12_26_17_32.pdf

Le présent rapport s'intègre dans le cadre de la mission confiée à la Haute Autorité de Santé. Il porte sur l'analyse qualitative des 9 expérimentations menées dans les établissements de santé, dont il expose les attendus méthodologiques, le déroulement et les principales conclusions.

- **Coopérations interprofessionnelles. Retours d'expériences.** Rencontres HAS 2007. 8p.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cr_tr11_rencontres_2007.pdf

Ce cadre d'expérimentation a été rendu possible par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, qui fixe un cadre dérogatoire permettant les expérimentations en matière de coopération des professionnels de santé et de transferts de compétences entre professions médicales et paramédicales. Cinq expérimentations ont été réalisées dans un premier temps et évaluées en 2006. Une deuxième série de dix expérimentations a été menée en 2007.

Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Bibliographie indicative

Parcours de santé - focus personnes âgées

IV/ Retour d'expérience

- **Les réseaux gérontologiques, 10 ans après.** GUENNEC, Chantal , Bulletin d'information de la mutualité sociale agricole, n°101. Paris, MSA, fév. 2010. 3p.

Quels sont les enjeux et les perspectives d'avenir pour les réseaux gérontologiques ? Comment mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leur entourage ? Ces thèmes furent évoqués lors d'une journée organisée par la CCMSA, à l'occasion des dix ans des réseaux gérontologiques. .

- **B/ Retours d'expérience internationales**

- **Canada**

- Agence de la santé publique au Canada : coordination des soins.
 - <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/caregiving-soins/care-soin/chap3-table2-fra.php>
 - <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/caregiving-soins/care-soin/app-a-fra.php>
- Les soins à la mère et à l'enfant
 - <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-02-fra.php>
- Lignes directrices nationales
 - <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-02-fra.php>

- **Programme de recherche 2010-2013.** IRDES. Paris, IRDES, 2011. 143p.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/ProgRecherche/ProgrammeDeRecherche.pdf>

Travaux de recherches sur la performance des services de santé – Expérience françaises et étrangères.

- **Les défis de l'accompagnement du grand âge : perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance cf. supra III.**



VI/ Stratégie des ARS

- **Les PSRS et documents spécifiques sur les parcours sont disponibles sur le site internet de chaque ARS**



Cette bibliographie a été réalisée sur la base de données transmises par le Centre de ressources documentaires multimédias (CRDM) des ministères sociaux

Démarche de travail pour élaborer l'état de l'art

Analyse documentaire

- **Analyse documentaire sur la base de :**
 - 2 requêtes réalisées par le CRDM sur :
 - Le parcours de santé des personnes âgées
 - Le parcours de soins et l'évaluation
 - 1 requête réalisée par le centre documentaire de Capgemini Consulting sur le parcours de santé des personnes âgées

- **Lecture approfondie de documents et notamment :**
 - L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge (IGAS, 2011)
 - Les défis de l'accompagnement du grand âge : perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance (CAS, 2011)
 - Les réseaux gérontologiques, 10 ans après (MSA, 2010)
 - Le livre blanc de la gériatrie française (2011)
 - Les parcours des personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience (ANAP, 2011)
 - L'accompagnement comme facteur d'amélioration de la prise en charge en santé (CISS - collectif interassociatif sur la Santé, septembre 2011)
 - Les PSRS et documents spécifiques produits par les ARS
 - Des Plans nationaux (Alzheimer, Cancer, Maladies rares, Maladies chroniques, Bien vieillir, Solidarité Grand âge)

Réalisation d'entretiens – participation à des colloques

- **Rencontre de personnes-ressources clés :**
 - Françoise Fréjac (*responsable du service de l'organisation des soins à la direction de la santé de la MSA et déléguée Générale de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques*) et Nicolas Demarle (*Intégré à l'équipe FNRG de F. Fréjac : accompagne la création des réseaux de santé et le déploiement des initiatives de la MSA*) le 18 octobre 2011
 - Un expert réseau et ayant participé à l'élaboration du volet PA d'un PRS le 03 novembre 2011

- **Participation à des colloques sur le sujet parcours :**
 - « Le parcours de santé, quels parcours de santé » lors de l'Université d'été de l'Institut Renaudot du 15 octobre 2011
 - « Le parcours de soins « Prévention - Promotion de la santé - Education thérapeutique » Enjeux stratégiques et organisationnels », lors du colloque organisé le 22 novembre 2011 par l'Association des Pharmaciens de l'Industrie (API) et le Club de la Communication Santé (CCS)