

# CONTRAT DE TERRITOIRE

Amélioration du parcours de santé des personnes âgées  
sur le territoire Nord parisien: IX<sup>ème</sup>, X<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> arrondissements

## SOMMAIRE

1	Objet du contrat .....	6
2	Objectifs du contrat.....	6
3	Périmètre d'application du contrat : territoire, population et besoins .....	7
3.0	Périmètre géographique .....	7
3.1	Périmètre populationnel.....	7
3.2	Périmètre des besoins couverts .....	7
4	Projet de territoire pour les personnes âgées .....	7
5	Parties concernées.....	9
5.1	Les institutions .....	10
5.2	Les acteurs du territoire .....	10
6	Modalités de gouvernance .....	10
6.1	Le niveau décisionnel .....	11
6.1.1	La Commission de Coordination des Politiques Publiques .....	11
6.1.2	La coordination territoriale .....	13
6.2	Le niveau opérationnel .....	14
6.2.1	Le niveau opérationnel des acteurs du territoire .....	14
6.2.2	Le référent de programme .....	14
7	Ressources humaines et moyens financiers.....	17
7.0	Mise en œuvre des objectifs du projet de territoire .....	17
7.1	Animation territoriale.....	17
8	Durée, dénonciation et révision du contrat.....	17
8.1	Durée du contrat .....	17
8.2	Dénonciation du contrat.....	17
8.3	Révision du contrat .....	17
9	Suivi et évaluation .....	18
9.0	Suivi et évaluation de réalisation des objectifs du présent contrat.....	18
9.1	Suivi et évaluation des processus d'organisation.....	18
10	Partage des informations.....	19
11	Documents annexés au présent contrat : .....	19

# Avant-Propos

Tout comme notre pays doit faire face à la révolution de l'âge, notre système de santé doit faire face à la transition épidémiologique, caractérisée à la fois par le vieillissement et les maladies dites "chroniques". Ces évolutions appellent des transformations en profondeur du système de santé, qui doit se mettre au service d'une médecine de "parcours".

Ce parcours de santé, qu'appelle de ses vœux à juste titre le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, suppose de renforcer encore la coordination entre l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, au service d'une prise en charge plus globale de la personne âgée. Il suppose également de faire une plus grande place à la prévention et à l'accompagnement, notamment pour éviter des hospitalisations injustifiées, des passages traumatisants par les urgences, ou des sorties d'hôpital mal préparées qui déstabilisent des situations de vie déjà souvent fragiles.

Améliorer le parcours de santé des personnes âgées, c'est d'abord décider de mieux coopérer et se sentir tous ensemble responsables de la meilleure réponse possible à leurs besoins en fonction du projet de vie qui leur est propre.

C'est dans cet esprit que nous souhaitons tout particulièrement saluer ce premier contrat de territoire, fondé sur la volonté commune de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France et du Département de Paris, et sur l'engagement volontaire des principaux acteurs de terrain du Nord Est Parisien : la filière gériatrique portée par le Groupe hospitalier Saint Louis Lariboisière Fernand Widal, le Réseau Santé Paris Nord, et le CLIC Paris Émeraude Nord-Est porté par l'Union Retraite Action et par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris.

Cette démarche rend compte d'abord et avant tout de l'intelligence du terrain, qui n'attend pas les lois et les décrets pour innover dans la prise en charge et inventer de nouvelles coopérations qui améliorent le quotidien des personnes âgées.

Elle témoigne également grâce à l'accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance de l'importance de faire partager ces expériences de terrain et de transmettre des outils utiles à tous les autres territoires souhaitant s'engager dans la mise en œuvre de ces objectifs d'amélioration.

A nous, chacun selon nos responsabilités, d'en tirer les meilleurs enseignements pour accompagner au mieux les nécessaires transformations à venir du système de santé, et faire face au défi du vieillissement qui doit mobiliser notre société toute entière."

Marisol TOURAINE,  
Ministre des affaires sociales et de la santé

Michèle DELAUNAY,  
Ministre déléguée aux personnes  
âgées et à l'autonomie

# Préambule : Le contexte et les principes généraux du contrat de territoire dans les 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements parisiens

---

Sur un territoire (9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements) qui rassemble actuellement 40 000 personnes âgées de 75 ans et plus dont 20 000 souffrent de maladies chroniques, les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux responsables de la prise en charge de cette population partagent les mêmes valeurs, travaillent ensemble et ont entrepris des démarches volontaristes visant à fluidifier le parcours de santé de ces personnes âgées. La notion de parcours et de transversalité de la prise en charge est au cœur des deux derniers rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie : « Vieillesse, longévité et assurance maladie » (22 avril 2010) et « Assurance maladie et perte d'autonomie » (23 juin 2011), dans lesquels sont identifiés 4 axes prioritaires en termes de politique publique en direction des personnes âgées :

- La connaissance de l'ensemble du parcours, soignant et social, de la personne âgée
- Des référentiels de pratiques interdisciplinaires
- La recherche de solutions de proximité
- Un mode de financement favorisant la coordination

Ce présent contrat permet de concrétiser la responsabilité collective de coopérer, afin d'apporter la meilleure réponse possible aux besoins de la population concernée. Ce contrat ne se veut en aucun cas être une strate supplémentaire de coordination, mais plutôt un outil permettant de faciliter l'action et de donner un sens commun à toutes les initiatives actuelles et futures, qu'elles soient individuelles ou collectives, avec un double souci de simplification des outils opérationnels et de valorisation de l'existant.

A ce titre, ce contrat s'inscrit dans une démarche opérationnelle de terrain, s'appuyant sur les acteurs du territoire et sur leur expérience de coopération qui préexiste très largement au présent contrat (notamment dans le cadre de la filière gériatrique) et constitue le terreau fertile qui permet de formaliser un nouvel engagement commun. En effet, depuis 2010 et en collaboration avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France a mis en place un projet spécifique sur l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements parisiens. Les travaux déjà réalisés, en association avec les acteurs du territoire, ont permis de mener un diagnostic territorial et de construire une feuille de route qui s'inscrit dans la continuité des initiatives existantes.

La signature du contrat de territoire vient renforcer le premier engagement, signé au mois de juin 2012, entre la Délégation Territoriale de Paris et les acteurs du territoire, matérialisé sous la forme d'une lettre d'engagement. Cette signature a marqué le premier jalon de la mise en œuvre opérationnelle de cette feuille de route.

Comme le mentionne le Plan Régional Stratégique de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France : « L'ARS n'est pas, loin s'en faut, la seule des institutions dont l'action a un impact sur l'état de santé de la

population et sur l'offre de services dans la région [...]. La prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées est aussi de la responsabilité des départements avec lesquels l'ARS se doit d'établir des partenariats.»

A cet effet, cette démarche de contractualisation associe le Département de Paris afin de renforcer la transversalité et l'implication de l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées.

Ce partenariat entre l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France et le Département de Paris permet de répondre à l'enjeu de responsabilité populationnelle des acteurs (inhérent à la notion de parcours), qui ont pour mission collective de garantir l'accessibilité, la prise en charge et l'accompagnement des personnes, en favorisant la convergence des efforts et des ressources pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population âgée de 75 ans et plus.

Il se fonde sur des principes généraux partagés par tous les acteurs du parcours de santé de la personne âgée, tels que définis dans l'annexe 1 au présent contrat.

# Le contrat de territoire

---

## 1 Objet du contrat

Ce contrat a pour objet d'inscrire, dans une dimension territoriale, les collaborations des différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux intervenant dans le parcours de santé de la personne âgée sur le 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements de Paris. Il décline les objectifs, les domaines d'actions, les modalités d'évaluation, les ressources à déployer et les moyens supplémentaires pour répondre aux actions définies par les professionnels concernés.

## 2 Objectifs du contrat

Dans le cadre de son Plan Régional de Santé, l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France se donne comme « [défi majeur, la promotion d']une approche intégrée des parcours de santé, qui permette de prendre en compte l'ensemble du parcours de la personne, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social. La cohérence des parcours de santé des usagers implique aussi une articulation avec leur quotidien de vie et une coopération avec les acteurs du champ social. » L'une des populations concernées en tout premier lieu par ce défi est celle des personnes âgées.

**L'objectif principal du contrat de territoire est le maintien, l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes âgées de 75 ans et plus.**

Cet objectif principal se décline en plusieurs objectifs spécifiques :

- Instaurer une gouvernance territoriale
- Poursuivre et renforcer la coordination entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- Réduire les risques de rupture du parcours de santé des personnes âgées
- Améliorer l'utilisation des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- Mettre en place un programme expérimental pour organiser de façon coordonnée le parcours de santé des personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque
- Promouvoir l'évaluation de ces nouveaux processus d'organisation au sein du système de santé

Les objectifs spécifiques sont déclinés en plusieurs axes et actions présentés dans le projet de territoire (cf. partie 4). Ils pourront également être enrichis progressivement par les acteurs du territoire en fonction des besoins identifiés et des nouvelles perspectives de coopérations.

### 3 Périmètre d'application du contrat : territoire, population et besoins

#### 3.0 Périmètre géographique

Le contrat couvre le territoire des 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements de Paris et leur offre de services sanitaire, médico-sociale et sociale. Ce périmètre correspond aux territoires d'intervention de la filière gériatrique, du Réseau Santé Paris Nord et du Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique Paris Émeraude Nord-Est.

#### 3.1 Périmètre populationnel

La responsabilité populationnelle des acteurs porte sur l'ensemble de la population âgée résidant sur le territoire ou qui recourt à l'offre du territoire. Ainsi, afin de tenir compte des spécificités parisiennes inhérentes à l'offre et la consommation de services, notamment des problématiques de fuite et d'attractivité, le contrat de territoire concerne les personnes âgées de 75 ans et plus :

1. Résidant sur le territoire et ayant recours à l'offre de santé du territoire ;
2. Résidant hors du territoire et ayant recours à l'offre de santé du territoire.

Pour les actions de prévention, le périmètre populationnel peut être élargi en tant que de besoin aux personnes de 60 ans et plus résidant sur le territoire

#### 3.2 Périmètre des besoins couverts

Le contrat s'applique à l'ensemble des besoins de prévention, d'éducation à la santé, de soins et d'accompagnement.

### 4 Projet de territoire pour les personnes âgées

Le présent contrat s'appuie sur un projet de territoire qui comprend deux orientations majeures :

- « Améliorer l'existant » : qui vise à mobiliser tous les acteurs autour d'un objectif commun de réduction des risques de rupture en intervenant sur chaque étape du processus de prise en charge actuel ;
- « Faire différemment » : qui vise à redéfinir le modèle de prise en charge des personnes âgées à partir des besoins populationnels.

Le projet de territoire pour les personnes âgées a été co-construit avec les acteurs du territoire et a vocation à faire l'objet d'un travail de concertation permanent et d'amélioration continue.

Le projet de territoire est révisé tous les 3 ans.

Le projet de territoire se décline en 3 axes, chacun étant composé de plusieurs actions :

#### Axe 1 : Construire et animer le contrat de territoire :

- Structurer sur le territoire une nouvelle gouvernance
- Développer les outils adaptés à la coordination entre les acteurs

## **Axe 2 : Réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence :**

### 1 : Favoriser l'éducation à la santé, informer et soutenir l'éducation thérapeutique

Anticiper et agir en amont d'une dégradation de l'état de santé de la personne âgée pour permettre de limiter les risques et mieux appréhender les situations d'urgence ;

Apprendre aux malades et à leur entourage comment améliorer leur qualité de vie et leur autonomie face à la maladie afin de faciliter l'anticipation et la gestion de situations de décompensation.

### 2 : Développer des stratégies alternatives de recours par défaut aux urgences

Renforcer le recours aux alternatives des d'urgences hospitalières en améliorant leur lisibilité et leur accessibilité ;

Donner aux professionnels de l'aide d'urgence les moyens de proposer l'orientation la plus appropriée aux patients en mettant en œuvre des modalités de coopération.

### 3 : Faciliter l'accès aux soins en filière ainsi qu'à la programmation

Mettre en place l'organisation nécessaire au sein des structures sanitaires de la filière gériatrique pour favoriser l'arrivée programmée des patients âgés en unité de court ou de moyen séjour en provenance de leur domicile ou de structures d'hébergement.

### 4 : Assurer le suivi médical et l'accompagnement à domicile

Faciliter les retours à domicile suite à des hospitalisations dans de bonnes conditions (coordination entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ;

Renforcer la couverture médicale en extra hospitalier par l'amélioration de la coordination ville-hôpital, assurant par la même la mise en place fluide d'un continuum de soins et de services sur le lieu de vie du patient de manière à éviter les situations de rupture et les réadmissions qui en résultent.

### 5 : Assurer la qualité de la prise en charge en structures d'hébergement

Renforcer les bonnes pratiques en matière d'interactions entre les structures d'hébergement et les autres professionnels de la chaîne de soins ;

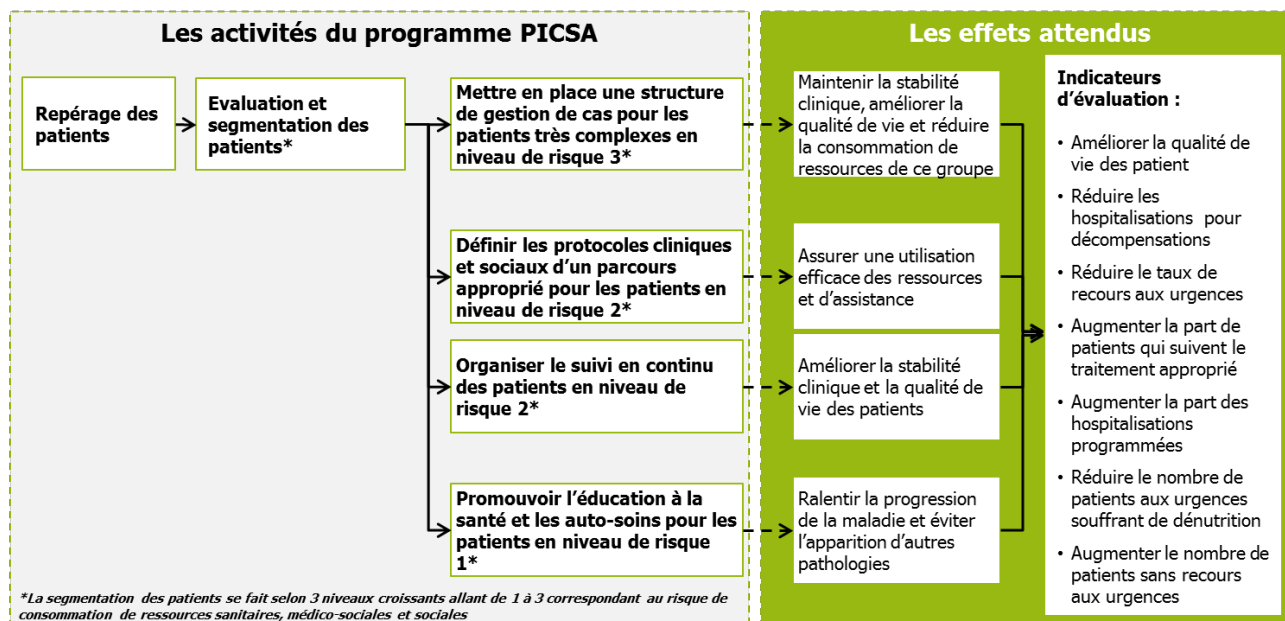
Organiser la prise en charge avec les partenaires extérieurs (hôpital, réseaux, etc.) et faciliter l'intervention en son sein de professionnels extérieurs (médecins traitants, hospitalisation à domicile, réseaux, etc.) afin d'éviter le recours aux urgences.

## **Axe 3 : Mettre en œuvre un Programme de gestion de l'Insuffisance Cardiaque chez les Sujets Agés de 75 ans et plus (PICSA):**

Ce programme vise à suivre de façon active les patients atteints d'insuffisance cardiaque en leur proposant un projet thérapeutique approprié, selon une logique qui se décompose en 3 étapes :

1. Repérer les patients afin d'identifier ceux qui sont éligibles au programme. Ce repérage peut se réaliser aussi bien dans la sphère sociale que sanitaire à l'aide de critères différenciés en fonction des acteurs ;
2. Permettre une évaluation diagnostique ;
3. Permettre une stratification pronostique par l'évaluation multidisciplinaire (co morbidité, vulnérabilité socio-économique).





Cette stratification en 3 niveaux permet de segmenter, en fonction des résultats de l'évaluation, la population incluse dans le programme pour chacun, une stratégie différenciée de prise en charge en continue.

La définition du programme conduit à la mise en œuvre de 3 stratégies différenciées de prise en charge en continue :

- Stratégie 1 : Promouvoir l'éducation à la santé et l'auto-soin ;
- Stratégie 2 : Proposer des protocoles cliniques et sociaux adaptés aux besoins du patient afin de stabiliser leur état de santé ou de réduire le risque d'aggravation de la maladie ;
- Stratégie 3 : Mettre en place une structure de coordination pour les patients insuffisants cardiaques complexes (complexité médicale et médico-sociale).

Le projet s'organise autour de feuilles de route opérationnelles détaillant pour chaque action (cf. Annexe 3) :

- Un ou plusieurs objectifs
- Un plan de travail opérationnel
- Un calendrier
- Des indicateurs de mises en œuvre et de résultats

## 5 Parties concernées

Le projet de territoire concerne le parcours de santé et donc l'ensemble des prestations et services requis pour répondre aux besoins de la personne âgée. A ce titre, et pour assurer une coordination efficace et efficiente, la démarche de contractualisation associe tous les acteurs du territoire relevant des champs sanitaire, médico-social et social.

Le contrat est passé entre, d'une part, les **organisations de tutelle (appelées institutions)** et d'autre part, les structures proposant une offre de services destinée à la population âgée du territoire et à ce titre engagées dans l'amélioration du parcours de santé (**appelées acteurs du territoire**).

Les acteurs du territoire signataires de ce contrat soutiennent les professionnels de leur structure en charge de mener ou de participer, avec les professionnels libéraux, aux actions opérationnelles.

## 5.1 Les institutions

---

Au niveau des institutions, la transversalité du contrat se matérialise par la signature conjointe :

- De l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France
- Du Département de Paris
- De l'Assurance Maladie

## 5.2 Les acteurs du territoire

---

Une des finalités du contrat est de réunir tous les acteurs proposant une offre de services à destination de la population âgée du territoire. A ce titre, l'ensemble des structures concernées est invité à le signer.

Parmi ces structures, la signature des principaux acteurs de la coordination est incontournable :

- L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au titre de l'établissement support de la filière gériatrique des 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements et de l'Hospitalisation à domicile acteurs sur le territoire desservi ;
- Le Réseau Santé Paris Nord ;
- Le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique Paris Émeraude Nord Est représenté par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris et l'Union Retraite Action.

La mise en œuvre du projet de territoire ne pourra se concrétiser sans la participation active de l'ensemble des intervenants dans le parcours de santé qui, s'ils le souhaitent, pourront signer ce contrat, en particulier ceux qui ont participé à l'élaboration du projet de territoire, ou qui le rejoindront progressivement pour y contribuer. A ce titre, la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris, bras armé de la Préfecture de Police de Paris en matière de secours à la personne, fait notamment partie des partenaires essentiels de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur ce territoire.

Les professionnels de terrain mandatés par leur structure ou libéraux sont associés à ce contrat de par leur contribution à la mise en œuvre des actions du projet de territoire.

## 6 Modalités de gouvernance

Le pilotage, la mise en œuvre et le suivi de ce contrat de territoire seront assurés par une gouvernance associant l'ensemble des acteurs structurée en 2 niveaux:

### 1. Niveau décisionnel :

- **La Commission de Coordination des Politiques Publiques**, instance régionale pré-existante chargée de coordonner l'action publique relative à la santé de la population et de mobiliser les moyens nécessaires. Le pilotage stratégique de ce contrat lui est confié avec comme objectif à terme que cette commission pilote l'ensemble des contrats de territoire de la région qu'ils portent sur d'autres territoires et/ou sur d'autres populations.
- **La coordination territoriale**, créée par les acteurs dans le cadre du contrat de territoire et chargée de mobiliser les structures de coordination (Réseau Santé Paris Nord, filière gériatrique et CLIC Paris Émeraude Nord-Est), en s'appuyant notamment sur les instances pré existantes (notamment le comité de coordination de la filière gériatrique) qui seront amenées à évoluer en fonction des projets sur le territoire et de l'organisation parisienne.

Au sein de chaque instance, un ou des représentant(s) spécifique(s) sont nommés pour assurer la liaison avec les autres instances :

- Les représentants techniques de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, du Département de Paris et de l'assurance maladie assurent le lien entre la coordination territoriale et la Commission de Coordination des Politiques Publiques ;
- Un référent assure le lien entre la coordination Territoriale et les groupes de travail.

## 2. Niveau opérationnel :

Chaque structure de coordination s'appuie sur des comités, commissions et /ou groupes de travail opérationnels qui contribuent à la réalisation des objectifs du présent contrat. A terme, les missions et les compositions de ces comités, commissions ou groupes de travail sont amenées à évoluer en fonction des projets sur le territoire et de l'organisation parisienne.

Des groupes de travail opérationnels, sont créés spécifiquement pour le projet d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien des 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements (cf. annexe 2).

Un référent programme assure le lien entre la coordination territoriale et les groupes de travail.

Chaque instance dispose d'une composition claire et transparente, d'une mission propre et d'un calendrier de réunion.

## **6.1 Le niveau décisionnel**

---

### **6.1.1 La Commission de Coordination des Politiques Publiques**

Au niveau régional, le pilotage du contrat s'appuie sur la Commission de Coordination des Politiques Publiques qui regroupe en son sein l'ensemble des institutions des secteurs sanitaire, social et médico-social concernées.

Son rôle principal est de veiller à la cohérence et à la complémentarité sur la région des actions menées dans les domaines de la prévention, de la prise en charge des soins et de l'accompagnement médico-social. Dans le cadre du contrat de territoire, les missions suivantes lui sont confiées :

- Approuver le projet de territoire proposé par la coordination Territoriale ;
- Assurer la cohérence entre le Plan Régional de Santé, le Schéma Gérontologique et le contrat de territoire ;
- Mobiliser si besoin des ressources financières ;
- Suivre les résultats ;
- Arbitrer les décisions stratégiques et les conflits ;
- Valider les propositions d'avenants au contrat.

Présidée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant, elle se compose :

- Du représentant du préfet de région ;
- Des représentants de l'Etat exerçant des compétences dans le domaine de l'accompagnement médico-social :
  - Le recteur de l'académie dans laquelle se trouve le chef-lieu de région ;
  - Le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;
  - Le directeur régional des entreprises, de la consommation, du travail et de l'emploi ;
  - Le directeur départemental de la cohésion sociale ou le directeur départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations du département chef-lieu de la région ;
- Des représentants des collectivités territoriales :
  - Deux conseillers régionaux, élus en son sein par l'assemblée délibérante ;
  - Le président du conseil général, ou son représentant, de chacun des départements situés dans le ressort territorial de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
  - Quatre représentants au plus des communes et groupements de communes, désignés par l'Association des maires de France ;
- Des représentants des organismes de sécurité sociale, œuvrant dans le domaine de l'accompagnement médico-social :
  - Le directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
  - Un directeur de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;
  - Le directeur de la caisse de base du régime social des indépendants ou, quand plusieurs caisses sont situées dans la circonscription de l'agence régionale, le directeur de la caisse de base désigné par le directeur de la caisse nationale ;
  - Le directeur de la caisse régionale de la Mutualité sociale agricole ou, en l'absence d'une caisse régionale, le directeur désigné par l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole.

Cette commission se réunit au moins deux fois par an.

L'articulation avec la coordination territoriale se fera lors de la phase initiale, par l'intermédiaire des 3 représentants techniques de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, du Département de Paris et de l'assurance maladie chargés de :

- Présenter sous forme de tableau de bord synthétique à la Commission de Coordination des Politiques Publiques les informations relatives au programme du contrat ;
- Transmettre à la coordination territoriale les décisions prises par la Commission de Coordination des Politiques Publiques.

### 6.1.2 La coordination territoriale

Au niveau territorial, l'ensemble des acteurs de la coordination du territoire intervenant sur le parcours de santé des personnes âgées, se réunit au sein de la coordination territoriale dont le rôle principal est de garantir la fluidité du parcours de santé, notamment les transitions de prise en charge entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Ce comité a pour mission de :

- Définir les objectifs du projet de territoire tous les 3 ans ;
- Assurer la mobilisation des acteurs et des ressources ;
- Mandater les professionnels des groupes de travail ;
- Définir les missions du référent de programme ;
- Evaluer et suivre les résultats ;
- Rendre des comptes à la Commission de Coordination des Politiques Publiques ;
- Décider et réaliser les propositions d'avenants au contrat en cas de modification à apporter.

Dans un premier temps, la coordination territoriale se concrétise par le comité de coordination de la filière gériatrique pré-existant qui associe déjà les structures de coordination.

Animé dans sa phase initiale par les représentants techniques de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, du Département de Paris et de l'assurance maladie, elle réunit les représentants des structures de coordination du territoire :

- Le représentant administratif et le représentant médical de l'établissement support de la filière gériatrique des 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements de Paris ;
- Le représentant du Réseau Santé Paris Nord ;
- Le représentant du Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique Paris Émeraude Nord-Est ;
- Le représentant de chaque structure sanitaire partenaires de la filière gériatrique des 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements de Paris.

Des représentants des acteurs du territoire signataires du contrat peuvent être sollicités en fonction de l'ordre du jour du Comité.

Ce comité se réunit au moins une fois par trimestre.

L'articulation avec les groupes de travail se fait par l'intermédiaire du référent de programme chargé de :

- Présenter sous forme de tableau de bord synthétique à la coordination territoriale les informations relatives à la mise en œuvre opérationnelle des actions ;
- Transmettre aux groupes de travail les décisions prises par la coordination territoriale.

## **6.2 Le niveau opérationnel**

---

### **6.2.1 Le niveau opérationnel des acteurs du territoire**

Chaque acteur du territoire dispose de comités, commissions ou groupes de travail qui participent à la réalisation des objectifs du parcours de santé. A terme, les missions et les compositions de ces comités, commissions ou groupes de travail sont amenées à évoluer en fonction des projets sur le territoire et de l'organisation parisienne.

Dans le cadre du projet de territoire, des professionnels des acteurs du territoire ont été sollicités pour participer à des groupes de travail dédiés aux actions de la feuille de route pour lesquels ils contribuent, sur leur périmètre d'intervention, à la mise en œuvre opérationnelle du projet de territoire.

Ces groupes de travail, qui fonctionnent de façon autonome, ont pour missions de :

- Mettre en œuvre opérationnellement la feuille de route ;
- Evaluer et faire le suivi de cette mise en œuvre ;
- Rendre des comptes à la coordination territoriale ;

Ils se réunissent au moins une fois par mois.

Constitués de professionnels de terrain mandatés par leur structure respective chaque groupe est animé par des référents (cf. annexe 2).

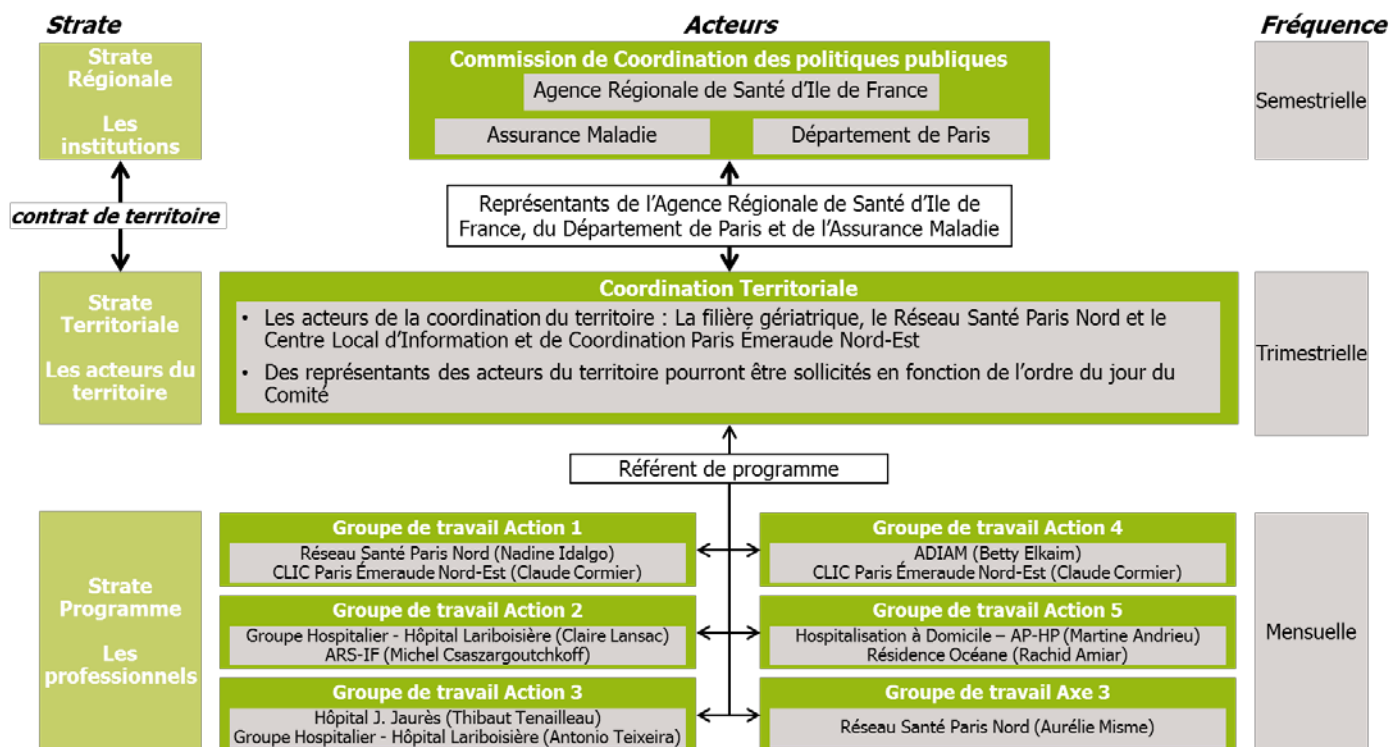
Cette organisation peut également être amenée à évoluer. Ces évolutions se feront le cas échéant dans le cadre d'avenants.

### **6.2.2 Le référent de programme**

L'articulation avec la coordination territoriale se fait par l'intermédiaire d'un référent de programme chargé de :

- Collecter sous forme de tableau de bord auprès de chaque référent les informations relatives à l'évaluation et au suivi des actions pour les présenter à la coordination territoriale ;
- Transmettre aux groupes de travail les décisions prises par la coordination Territoriale ;
- S'assurer de l'animation et de la continuité des groupes de travail.

**Schéma des acteurs :**



### Tableau récapitulatif de gouvernance

Instance	Fonction	Missions
Commission de Coordination des Politiques Publiques	Décider des orientations en matière de politique sanitaire, médico-sociale et sociale au niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approuver le projet de territoire proposé par la coordination territoriale ;</li> <li>• Assurer la cohérence entre le Plan Régional de Santé, le Schéma Gérontologique et le contrat de territoire ;</li> <li>• Mobiliser si besoin des ressources financières ;</li> <li>• Suivre les résultats ;</li> <li>• Arbitrer les décisions stratégiques et les conflits ;</li> <li>• Valider les propositions d'avenants au contrat.</li> </ul>
Coordination territoriale	Assurer la coordination entre toutes les structures afin de garantir et améliorer la fluidité du parcours de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les objectifs de projet de territoire tous les 3 ans ;</li> <li>• Assurer la mobilisation des acteurs et des ressources ;</li> <li>• Mandater les professionnels des groupes de travail ;</li> <li>• Définir les missions un référent programme ;</li> <li>• Evaluer et suivre les résultats ;</li> <li>• Rendre des comptes à la Commission de Coordination des Politiques Publiques ;</li> <li>• Décider et réaliser les propositions d'avenants au contrat en cas de modification à apporter.</li> </ul>
Comités, commissions, et groupes de travail opérationnels	Contribuer collectivement à la mise en œuvre la feuille de route	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre opérationnellement la feuille de route ;</li> <li>• Evaluer et faire le suivi de cette mise en œuvre ;</li> <li>• Rendre des comptes à la coordination territoriale.</li> </ul>
Référent de programme	Faire le lien entre la coordination territoriale et les groupes de travail opérationnels	<p>Transmettre aux groupes de travail les décisions prises par la coordination territoriale ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'animation et de la continuité des groupes de travail ;</li> <li>• Collecter sous la forme d'un tableau de bord auprès de chaque référent les informations relatives à l'évaluation et au suivi des actions.</li> </ul>



## 7 Ressources humaines et moyens financiers

Deux types de ressources et moyens sont à différencier :

- Les ressources et moyens affectés à la mise en œuvre des objectifs du projet de territoire ;
- Les ressources et moyens affectés à l'animation territoriale.

### 7.0 Mise en œuvre des objectifs du projet de territoire

---

Les signataires du contrat s'engagent à mettre à disposition du projet du temps de travail en commun.

L'opportunité de la mise à disposition de moyens complémentaires (financements, Fonds d'Intervention Régional, expérimentations, etc.) pourra être débattue en Commission de Coordination des Politiques Publiques sur proposition de la coordination territoriale.

### 7.1 Animation territoriale

---

Les modalités de gouvernance prévoient la présence du référent de programme chargé de s'assurer de l'avancement de la mise en œuvre opérationnelle et de la centralisation de l'information afin de la partager.

A ce titre, la Délégation Territoriale de Paris contribuera à la mobilisation des ressources nécessaires à la continuité du projet.

La Délégation Territoriale de Paris procédera au recrutement du référent de programme dans l'attente d'un support juridique associant l'ensemble des acteurs du parcours de santé de la personne âgée.

## 8 Durée, dénonciation et révision du contrat

### 8.1 Durée du contrat

---

Les dispositions du présent contrat ont une durée de 3 ans à compter de la date de signature.

### 8.2 Dénonciation du contrat

---

Le contrat peut être dénoncé à tout moment par courrier en accusé réception avec un préavis de 3 mois à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Les membres de la coordination territoriale sont informés sans délai dès l'annonce du préavis et proposent, en conséquence, un avenant au contrat à la Commission de Coordination des Politiques Publiques pour mettre à jour la nouvelle composition des instances

### 8.3 Révision du contrat

---

Les termes du contrat pourront être révisés et complétés par les signataires tout au long de sa durée de validité.

Les informations révisables portent sur :

- Les instances : leur composition et leur mission ;
- les modalités et/ou implications financières ;
- Le tableau de bord ;
- Les modalités d'évaluation.

Toute modification se fera par voie d'avenant signé et accepté par les parties déjà signataires sur la base d'une proposition faite par la coordination territoriale et présentée par le représentant de la délégation territoriale à la Commission de Coordination des Politiques Publiques pour validation.

## **9 Suivi et évaluation**

Dans le cadre de la démarche de contractualisation, les dispositions du présent contrat font l'objet de deux types de suivi :

- Un suivi régulier de la mise en œuvre opérationnelle des objectifs déclinés en action réalisée notamment via la mesure d'indicateurs prédéfinis ;
- Un suivi des processus d'organisation proposant une analyse du contrat dans sa globalité.

### **9.0 Suivi et évaluation de réalisation des objectifs du présent contrat**

Ce suivi sera réalisé pour chaque action au niveau des instances de gouvernance en fonction de leur fréquence de réunion.

Il prendra la forme d'un tableau de bord de suivi sous la responsabilité du référent programme, qui aura pour mission de centraliser l'information nécessaire auprès des référents de chacun des groupes de travail et de la synthétiser pour la faire partager à la coordination territoriale puis à la Commission de Coordination des Politiques Publiques. Ce tableau de bord sera composé des éléments suivants :

- Calendrier ;
- Indicateurs de processus ;
- Indicateurs de résultats ;
- Points de blocage.

### **9.1 Suivi et évaluation des processus d'organisation**

Une évaluation sera réalisée annuellement par une structure ou un référent identifié(e) en lien avec la Commission de Coordination des Politiques Publiques.

Cette structure ou ce référent identifié(e) produira annuellement un bilan de mise en œuvre du contrat retraçant les résultats atteints pour l'année écoulée, les leviers mobilisables, les défis rencontrés et, au besoin, une proposition d'actualisation du plan d'actions.

Outre la synthèse du suivi et de l'évaluation des différentes actions, ce bilan de mise en œuvre présentera les éléments suivants :

- Appréciation de l'efficience de la gouvernance mise en place,
- Vérification du respect des principes édictés,
- Evaluation du degré d'atteinte des objectifs du contrat,
- Analyse de la corrélation entre les résultats constatés et les actions menées,
- Recommandation, le cas échéant, d'avenants au contrat.

Ce bilan annuel, après analyse de la Délégation Territoriale, sera discuté au cours de la 4<sup>ième</sup> réunion trimestrielle de la coordination territoriale avant d'être présenté en Commission de Coordination des Politiques Publiques.

## 10 Partage des informations

Les parties au présent contrat acceptent l'utilisation des résultats dans une démarche de généralisation, voire de transposition sur d'autres populations et/ou de nouveaux territoires.

## 11 Documents annexés au présent contrat :

Sont annexés au présent contrat :

- les principes fondamentaux présidant au contrat de territoire ;
- les groupes de travail opérationnels ;
- les feuilles de route opérationnelles avec les actions et indicateurs retenus ;
- les indicateurs de résultats.

## 12 Signatures

Fait à Paris, le  
en six exemplaires

### 12.1 Les institutions

---

Pour le Département de Paris :

Pour l'Agence régionale de santé  
d'Ile de France :

Pour l'Assurance Maladie :

Mme Liliane CAPELLE

M. Claude EVIN

M. Pierre ROUSSEAU

Adjointe au Maire de Paris, le 21  
mars 2008, chargée des seniors  
et du lien intergénérationnel

Directeur général de l'ARS Ile-de-  
France

Directeur de la Caisse Primaire  
d'Assurance Maladie de Paris

### 12.2 Les acteurs pivots de la coordination

---

Pour l'Assistance Publique -  
Hôpitaux de Paris (au titre de la  
filiale gériatrique) :

Pour Le Réseau Santé Paris  
Nord :

Pour l'Union Retraite Action et  
pour le Centre d'action sociale de  
la Ville de Paris (au titre du CLIC  
Paris Émeraude Nord Est)

Mme. Mireille FAUGERE  
Directrice générale de l'AP-HP

Mme. Nadine IDALGO  
Directrice, Réseau Santé Paris  
Nord

M. Henri NAUDET  
Président de l'Union Retraite  
Action





## 13 Annexes

Annexe 1 : principes généraux du contrat de territoire

Annexe 2 : groupes de travail

Annexe 3 : les feuilles de route opérationnelles

Annexe 4 : les indicateurs de résultats

### 13.1 Annexe 1 : Principes généraux du contrat

---

Le présent contrat repose sur les principes suivants :

- L'engagement des parties sur des objectifs :

Le contrat prévoit, sur la base d'un objectif principal, des objectifs spécifiques sur lesquels s'engagent l'ensemble des parties prenantes concernées sur le territoire ;

- L'engagement des parties sur une meilleure accessibilité, une meilleure utilisation des moyens financiers et une prise en compte de la responsabilité populationnelle ;
- Le respect des missions respectives et des compétences propres à chaque structure et à chaque professionnel ;
- Le soutien et l'accompagnement tout au long du programme :

Les acteurs du territoire s'engagent à soutenir ce programme de travail et bénéficient du soutien de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, de l'Assurance Maladie, du Département de Paris en termes d'appui institutionnel. ;

- Des ressources éventuelles, allouées au fil de l'évaluation des besoins ;
- Une démarche et des outils répliquables.

### 13.2 Annexe 2 : groupes de travail opérationnels

---

- Référents Action 1 : Réseau Santé Paris Nord (Nadine Idalgo) et CLIC Paris Émeraude Nord-Est (Claude Cormier)
- Référents Action 2 : Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière (Claire Lansac) et Agence Régionale de Santé d'Ile de France (Michel Csaszargoutchkoff)
- Référents Action 3 : Hôpital Jean Jaurès – Groupe SOS (Thibaut Tenailleau) et Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière (Antonio Teixeira)
- Référents Action 4 : ADIAM (Betty Elkaim) et CLIC Paris Émeraude Nord-Est (Claude Cormier)
- Référents Action 5 : Hospitalisation à Domicile - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (Martine Andrieu) et Résidence Océane (Rachid Amiar)
- Référents Axe 3 (Actions 6,7et 8) : Réseau Santé Paris Nord (Aurélie Misme)



### 13.3 Annexe 3 : Feuilles de route opérationnelles

---

**Action 1 :** Favoriser l'éducation à la santé, informer et soutenir l'éducation thérapeutique

**Binôme référent :** Réseau Santé Paris Nord (Nadine Idalgo) et CLIC Paris Émeraude Nord-Est (Claude Cormier)

**Problématique :**

L'analyse populationnelle a fait ressortir que le territoire des 9<sup>ième</sup> 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements de Paris se caractérise par :

- Une croissance significative attendue de la population très âgée (85 ans et plus) dans les 10 prochaines années (+ 4 600 personnes de cette tranche d'âge entre 2010 et 2020) ;
- Une prévalence importante des maladies chroniques puisque plus d'une personne âgée sur deux déclarent au moins une Affection Longue Durée (ALD).

La promotion de l'éducation à la santé<sup>1</sup> et l'éducation thérapeutique<sup>2</sup> devient donc essentielle pour favoriser auprès de la personne âgée le « bien vieillir » ainsi que l'autogestion de sa maladie chronique. Cependant, l'offre de services existante sur le territoire manque de lisibilité et de coordination, avec de nombreuses actions fragmentées qui ne touchent pas l'ensemble des publics concernés. Le projet du territoire est donc de soutenir et renforcer ces programmes d'éducation, puis de capitaliser sur les retours d'expériences et de mesurer les bénéfices pour la population.

Par ailleurs, l'accès facilité aux informations relatives au parcours de santé, tant pour les professionnels que pour le grand public est un facteur déterminant dans la qualité de l'orientation des personnes et le bon usage de l'offre de services du territoire. A ce titre, des initiatives visant à rendre plus accessible ces informations doivent être prises.

**Objectifs :**

- Faire bénéficier d'actions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique les personnes âgées du territoire qui en ont besoin ;
- Faciliter l'accès à l'information sur l'offre du territoire et les parcours à destination des professionnels et du grand public.

**Projet :**

Pour atteindre ces objectifs, cette action présente deux volets.

Le premier volet concerne l'élaboration et l'organisation des programmes d'éducation. Il s'agit de proposer une offre d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique renforcée et dynamique, capable d'évoluer en fonction des besoins populationnels constatés, où les rôles et responsabilités des acteurs sont clairement définis. L'approfondissement des besoins a permis de fixer trois priorités : une meilleure organisation de l'offre liée à l'éducation à la santé, une action de prévention sur les soins bucco-dentaires et un programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous anticoagulants. A terme, le territoire devrait bénéficier d'un guide pour l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique, d'outils partagés facilitant les inscriptions et l'organisation des sessions d'éducation à la santé et d'une démarche d'évaluation des actions entreprises.

Le second volet doit permettre d'améliorer la lisibilité de l'offre de services auprès de deux publics distincts, les professionnels d'une part et le grand public d'autre part. Il s'agit donc de:

- Mettre en place les outils à destination des professionnels du territoire leur permettant d'être informés sur l'ensemble de l'offre de services sanitaire, médico-sociale et sociale afin de proposer aux personnes la meilleure orientation possible ;

---

<sup>1</sup> L'éducation à la santé : ensemble d'activités d'éducation et d'information qui incitent à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire individuellement et collectivement son possible pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin (source OMS)

<sup>2</sup> L'éducation thérapeutique : ensemble des activités qui visent à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (source OMS)

- Renforcer le guichet d'information unique à destination des personnes âgées et de leur entourage afin qu'il puisse répondre à leurs sollicitations et les orienter efficacement à tout moment du parcours.

### **Plan de mise en œuvre :**

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 4 sous-actions :

- 1.1 Organiser l'offre d'éducation à la santé existante sur le territoire et élaborer des actions de prévention
- 1.2 Elaborer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire
- 1.3 Outiller les professionnels à la connaissance de l'offre du territoire
- 1.4 Renforcer le guichet d'information unique à destination des personnes âgées et de leur entourage

### **Calendrier consolidé envisagé :**

- Premier semestre 2013 consacré à :
  - Cartographie de l'offre du territoire en matière de programme d'éducation, facilitée par l'exploitation de l'annuaire gérontologique
  - Définition et préparation d'une action de prévention sur les soins bucco-dentaires
  - Définition et préparation d'un programme prioritaire d'éducation thérapeutique
- Deuxième semestre 2013 consacré à :
  - Définition et mise en place du processus d'inscription centralisé aux séances d'éducation à la santé
  - Lancement et promotion de l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires
  - Lancement et promotion du programme d'éducation prioritaire d'éducation thérapeutique
- A partir de 2014 :
  - Evaluation et ajustement des programmes existants
  - Réévaluation des besoins
  - Guide d'élaboration des programmes d'éducation thérapeutique

### **Indicateurs de processus :**

- Mise en place de l'annuaire gérontologique ;
- Mise en place du numéro unique pour les inscriptions aux ateliers d'éducation à la santé ;
- Renforcement du guichet d'information unique destiné au grand public ;
- Disponibilité du guide d'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique ;
- Augmentation du nombre de prestations d'éducation à la santé et/ou thérapeutique référencées dans l'annuaire gérontologique ;
- Augmentation du nombre d'appels vers le numéro unique pour les inscriptions aux ateliers d'éducation à la santé ;
- Augmentation du nombre de participants aux séances d'éducation à la santé proposées sur le territoire ;
- Nombre d'inscrits à l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires ;
- Nombre d'inscrits au programme d'éducation thérapeutique ;
- Augmentation du nombre de professionnels informés sur l'offre de services du territoire.

### **Actions interdépendantes**

Dans le cadre de l'objectif visant à faciliter l'accès à l'information sur l'offre du territoire et les parcours à destination des professionnels et du grand public, cette action viendra en soutien de :

- L'action 2 pour communiquer sur l'existence d'alternatives aux dispositifs d'urgence et les modalités de recours et d'accessibilité ;
- L'action 3 pour promouvoir la disponibilité de la ligne téléphonique dédiée permettant de solliciter un gériatre ;
- L'action 4 pour donner de la visibilité sur l'offre de services de soins et d'aides à domicile.

### **Référence / Bonne pratique à capitaliser :**

- S'appuyer sur les caisses de retraite pour favoriser la diffusion de l'information à destination du grand public.

Sous-action 1.1	Organiser l'offre d'éducation à la santé existante sur le territoire et élaborer des actions de prévention
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Référencer l'ensemble de l'offre existante sur le territoire en matière d'éducation à la santé</li> <li>• Donner à cette offre une visibilité auprès des professionnels et du grand public</li> <li>• Soutenir les prestataires dans le cadre de l'organisation des ateliers (mise à disposition de locaux, centralisation des inscriptions)</li> </ul> <p>A ce titre des outils viendront appuyer cette démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'annuaire gérontologique dans lequel l'ensemble des prestataires pourront décrire leur activité</li> <li>• L'opportunité de la mise en place d'un mode d'inscriptions coordonnés aux activités voir mutualisé, reste à réfléchir</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer et mettre en place une action de prévention sur les soins bucco-dentaires qui présenterait deux volets : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un dépistage gratuit</li> <li>○ une action d'information en direction des professionnels et des patients</li> </ul> </li> <li>• Mettre en place une veille sur les besoins de la population et sur l'état de l'art en matière d'éducation à la santé</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• Prestataires d'éducation à la santé du territoire</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Centre d'action sociale de la Ville de Paris / Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé</li> <li>• Pharmaciens</li> <li>• Caisses de retraite</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiches descriptives de l'activité de tous les prestataires d'éducation à la santé sur le territoire</li> <li>• Cartographie dynamique de l'offre d'éducation à la santé sur le territoire</li> <li>• Support de communication sur l'offre d'éducation à la santé sur le territoire</li> <li>• Mise en place de la ligne téléphonique dédiée aux inscriptions</li> <li>• Support de communication sur la ligne téléphonique dédiée aux inscriptions</li> <li>• Processus de demande d'inscription centralisée</li> <li>• Descriptif de l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires</li> <li>• Plan de communication sur l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires</li> <li>• Suivi des inscriptions à l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires</li> <li>• Enquête permettant de collecter les besoins et l'état de l'art en matière d'éducation à la santé</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie de l'offre d'éducation à la santé : premier semestre 2013</li> <li>• Processus d'inscription centralisée : deuxième semestre 2013</li> <li>• Plan de communication sur le territoire : deuxième semestre 2013</li> <li>• Définition et préparation de la mise en œuvre de l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires : premier semestre 2013</li> <li>• Déroulement de l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires : deuxième semestre 2013</li> <li>• Réévaluation des besoins : fréquence semestrielle à partir de 2014</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une réflexion doit être menée avec l'ensemble des partenaires pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recenser les lieux et salles potentielles,</li> <li>• Construire un calendrier coordonné</li> <li>• Le recours à un bénévolat formé et encadré par une association du territoire pourrait présenter un potentiel intéressant sur cette gestion de ces inscriptions.</li> </ul> </li> <li>•</li> </ul>
Sous-action 1.2	Elaborer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer et mettre en place un programme prioritaire d'éducation thérapeutique à destination des patients sous anticoagulants</li> </ul> <p>Les étapes de la mise en œuvre de ce programme sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ définition du programme : objectifs poursuivis, public visé et repérage des personnes concernées, stratégie d'intervention, contenu des ateliers, modalité d'évaluation</li> <li>○ préparation de la mise en œuvre : intervenants, calendrier, logistique et ressources nécessaires, plan de communication</li> <li>○ obtention du dossier d'agrément</li> <li>○ évaluation et ajustement du programme</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner à ce programme une lisibilité auprès des professionnels et du grand public</li> <li>• Mettre à profit les enseignements tirés de l'élaboration de ce programme pour réaliser un guide sur l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique visant à faciliter l'élaboration et la mise en place de programmes futurs</li> <li>• Mettre en place une veille sur les besoins de la population et l'état de l'art en matière d'éducation thérapeutique</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• Clinique des anticoagulants</li> <li>• Caisse Primaire d'Assurance Maladie</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Dentistes</li> <li>• Pharmaciens</li> <li>• Agence Régional de Santé d'Ile de France</li> <li>• Caisses de retraite</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptif du programme d'éducation thérapeutique</li> <li>• Plan de communication du programme d'éducation thérapeutique sur le territoire</li> <li>• Suivi des inscriptions au programme d'éducation thérapeutique</li> <li>• Guide sur l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique</li> <li>• Enquête permettant de collecter les besoins et l'état de l'art en matière d'éducation thérapeutique</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition et préparation de la mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique : premier semestre 2013</li> <li>• Déroulement des actions d'éducation thérapeutique : deuxième semestre 2013</li> <li>• Evaluation des résultats et des besoins nouveaux : fréquence semestrielle à partir de 2014</li> </ul>

Moyens

- Outils de communication pour faire connaître le programme d'éducation thérapeutique

Sous-action 1.3	Outiller les professionnels à la connaissance de l'offre du territoire
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier dynamiquement l'ensemble de l'offre de services existante sur le territoire à l'aide de l'annuaire gérontologique</li> </ul> <p>Un annuaire électronique est en cours de réalisation par les contributeurs listés ci-dessous, il est un outil contributif de la gouvernance du territoire. Le travail de pilotage a été confié au Réseau Santé Paris Nord. Tout outil de cette nature doit être actualisé en temps réel pour avoir un intérêt au sein d'un territoire et d'un réseau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner à cet annuaire et au référent une lisibilité auprès des professionnels du territoire</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• Filière gériatrique</li> <li>• Utilisateurs de l'annuaire</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiches descriptives de l'activité de tous les professionnels du parcours souhaitant faire partie de l'annuaire gérontologique sur le territoire</li> <li>• Support de communication pour faire connaître l'annuaire gérontologique (plateforme web et référent)</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Première exploitation de l'annuaire gérontologique (cartographie de l'offre) : premier semestre 2013</li> <li>• Formation d'un référent de l'annuaire : premier semestre 2013</li> <li>• Opérationnalité du référent : deuxième semestre 2013</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les moyens humains nécessaires à son fonctionnement : mise en ligne, actualisation, etc doivent être identifiés et programmés.</li> </ul>

Sous-action 1.4	Renforcer le guichet d'information unique à destination des personnes âgées et de leur entourage
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à proposer aux personnes âgées et à leur entourage une structure unique vers laquelle s'adresser à tout moment de leur parcours pour répondre à leurs questions et les orienter vers une structure appropriée le cas échéant. Pour cela, il est nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un processus de formation des professionnels du CLIC permettant d'assurer leur connaissance actualisée de l'offre de services du territoire</li> <li>• Adapter l'accueil du CLIC pour qu'il soit en mesure de centraliser et de répondre à l'ensemble des demandes provenant des personnes âgées et de leur entourage</li> <li>• Donner de la lisibilité à ce guichet en communiquant auprès du grand public</li> <li>• Mettre à contribution ce guichet pour servir de relai aux actions d'information à destination du grand public</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• Administrateur référent de l'annuaire</li> <li>• Caisses de retraite</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support de communication pour faire connaître ce guichet d'information</li> <li>• Rapport d'activité du guichet unique</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation de l'accueil du CLIC : année 2013</li> <li>• Plan de communication : fin 2013</li> <li>• Lancement du guichet d'information unique : 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagne d'information grand public sur le guichet d'information unique</li> </ul>



**Action 2 :** Développer des stratégies alternatives de recours par défaut aux urgences

**Binôme référent :** Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière (Claire Lansac) et Agence Régionale de Santé d'Île de France (Michel Csaszargoutchkoff)

**Problématique :**

Les urgences hospitalières constituent trop souvent une réponse par défaut alors qu'un large consensus est établi pour considérer qu'il ne s'agit pas d'une orientation appropriée dans de nombreux cas.

Le diagnostic a mis en évidence que pour une part significative des personnes âgées, la fréquence des passages aux urgences est élevée. Plus de 1 000 personnes ont été admises plus de 2 fois au cours de l'année 2009 aux urgences de l'hôpital Lariboisière. Un processus de repérage des cas complexes aux urgences, articulé entre la ville et l'hôpital, permettrait de réorienter leur parcours de santé.

L'analyse approfondie révèle que les vecteurs d'urgences (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et le SAMU Centre 15) orientent presque exclusivement les personnes vers les urgences.

De plus, l'offre alternative aux urgences hospitalières, telle que les Maisons Médicales de Garde (MMG), est limitée et souffre d'un manque de lisibilité et d'accessibilité pour les professionnels et le grand public.

**Objectif :**

- Favoriser les circuits alternatifs au recours par défaut aux urgences hospitalières.

**Projet :**

Pour atteindre cet objectif, le territoire doit disposer :

- De vecteurs d'urgences<sup>3</sup> en capacité d'identifier et d'orienter les personnes âgées présentant une détresse médico-psycho-sociale ;
- D'organisations assurant des relais directement à partir des vecteurs d'urgence par des procédures simples de recours à l'offre de services appropriée en fonction de la situation et de sa gravité (sociale, médicale non urgente, médicale urgente) à destination des différents acteurs de la prise en charge ;
- Une coordination entre les vecteurs d'urgence et le CLIC Paris Émeraude Nord-Est permettant de signaler une personne âgée qui nécessite une prise en charge sociale ;
- Une coordination avec l'EMU du SAMU 75, le CLIC Paris Émeraude Nord-Est et, si nécessaire le secteur d'hospitalisation ;
- Les alternatives aux urgences hospitalières<sup>4</sup> avec une offre lisible en adéquation avec les besoins de la population. Pour ce faire, une évaluation approfondie des recours aux urgences doit permettre d'évaluer et de diversifier l'offre du territoire, en renforçant par exemple les MMG ou les équipes mobiles gériatriques.

**Plan de mise en œuvre :**

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

- 2.1 Définir et mettre en place une procédure d'orientation des personnes âgées présentant une détresse médico-psycho-sociale à destination des vecteurs d'urgence (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et Centre 15) ;
- 2.2 Définir et mettre en place une procédure visant à assurer une prise en charge spécifique pour les personnes âgées qui font des passages répétés aux urgences ;
- 2.3 Cartographier et développer l'offre de prise en charge par les alternatives aux urgences hospitalières.

---

<sup>3</sup> Le terme « vecteurs d'urgence » regroupe les professionnels sollicités dans le cadre de transferts de personnes en situation de détresse médicale qui se composent sur le territoire de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et du SAMU Centre 15

<sup>4</sup> Le terme « alternatives aux urgences hospitalières » regroupe l'ensemble des dispositifs médicaux capables de prendre en charge les patients en situation de détresse médicale mais dont l'état de santé ne requiert pas un recours aux urgences hospitalières (Maison Médicale de Garde (MMG), Garde Médicale de Paris (GMP), SOS Médecin, Equipe Mobile Gériatrique (EMG))

### **Calendrier consolidé envisagé :**

- Premier semestre 2013 consacré à la définition des procédures et à la préparation de la mise en œuvre effective des nouveaux outils :
  - Définition de la procédure d'orientation destinée aux vecteurs d'urgences (sous-action 2.1) ;
  - Définition de la procédure de signalement des personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale (sous-action 2.1) ;
  - Formation des professionnels concernés par les procédures retenues (sous-action 2.1) ;
  - Cahier des charges permettant de tracer les personnes qui font des passages répétés aux urgences (sous-action 2.2).
  
- Second semestre 2013 consacré à la mise en œuvre des sous-actions 2.1 et 2.2
  
- A partir de l'année 2014 :
  - Evaluation semestrielle des procédures mises en place et de leur application (sous-action 2.1 et 2.2) ;
  - Réflexion sur le développement des alternatives aux urgences hospitalières (sous-action 2.3).

### **Indicateurs de processus :**

- Nombre d'appels auprès de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et du centre 15 émanant d'une personne âgée domiciliée sur les 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements de Paris ;
- Nombre d'appels de médecins traitants, médecins coordonnateur d'EHPAD, personnels de structures médico-sociales, structure psychiatrique auprès de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et du centre 15 ;
- Implantation de la collecte de critères de vulnérabilité médico-psycho-sociale dès les appels aux vecteurs d'urgences ;
- Nombre de professionnels des vecteurs d'urgence formés à l'orientation des personnes ;
- Diminution du nombre d'appels redondants émanant d'une personne âgée de 75 ans et plus auprès de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et du centre 15 ;
- Augmentation du nombre d'évaluations du CLIC Paris Émeraude Nord-Est après un contact CLIC Paris Émeraude Nord-Est - médecin du centre 15 et de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris ;
- Diminution du nombre de passages répétés aux urgences ;

### **Actions interdépendantes**

Dans le cadre de l'objectif visant à favoriser les circuits alternatifs au recours par défaut aux urgences hospitalières, cette action s'appuiera sur l'action 1 pour communiquer sur l'existence d'alternatives aux urgences hospitalières et les modalités de recours et d'accessibilité.

Sous-action 2.1	Définir et mettre en place une procédure d'orientation des personnes âgées présentant une détresse médico-psycho-sociale à destination des vecteurs d'urgence (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et Centre 15)
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à aider les vecteurs d'urgence dans leur choix d'orientation vers la structure la plus appropriée. A cet effet, il nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les critères et protocoles d'orientation vers les urgences et alternatives aux urgences (y compris les modalités d'accessibilité directe à des compétences gériatriques le cas échéant)</li> <li>• Intégrer les critères de vulnérabilité sociale dans le système d'information des vecteurs d'urgence</li> <li>• Former le personnel des vecteurs d'urgence au protocole d'orientation retenu</li> <li>• Définir et mettre en place la procédure de signalement des personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale pour une prise en charge par le CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• S'appuyer sur les plateformes d'informations à destination des professionnels et du grand public - développées dans le cadre de l'action 1 - pour communiquer sur les motifs de recours aux urgences et les acteurs appropriés à solliciter</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière</li> <li>• Agence Régional de Santé d'Ile de France</li> <li>• Les vecteurs d'urgences (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris, Centre 15)</li> <li>• Les alternatives aux urgences hospitalières (Maison Médicale de Garde MMG, Garde Médicale de Paris GMP, SOS Médecin, Equipe Mobile Gériatrique EMG)</li> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• Médecins généralistes</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocole d'orientation pour les personnes sollicitant un vecteur d'urgence</li> <li>• Support de formation à l'orientation du personnel des vecteurs d'urgence</li> <li>• Procédure de signalement des personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale pour une prise en charge par le CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• Support de communication pour faire connaître les modalités opportunes de sollicitation des vecteurs d'urgence</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la procédure d'orientation vers les urgences et alternatives aux urgences : premier semestre 2013</li> <li>• Définition de la procédure de signalement des personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale pour une prise en charge par le CLIC Paris Émeraude Nord-Est : premier semestre 2013</li> <li>• Formation des professionnels concernés par les procédures retenues : premier semestre 2013</li> <li>• Second semestre 2013 consacré à la mise en œuvre</li> <li>• Evaluation semestrielle des procédures et de leur application à partir de 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des professionnels des vecteurs d'urgence à l'identification des critères médico-psycho-sociaux</li> <li>• Technicien pour intégrer les critères de vulnérabilité sociale dans le système d'information du SAMU sur le même mode que celui effectué par la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris</li> </ul>

Sous-action 2.2	Définir et mettre en place une procédure visant à assurer une prise en charge spécifique pour les personnes âgées qui font des passages répétés aux urgences
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à apporter une réponse spécifique pour les personnes âgées qui sont prises en charge à plusieurs reprises aux urgences et notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir et mettre en place les critères permettant de repérer les personnes ayant un recours fréquent aux urgences de l'hôpital</li> <li>• Elaborer une procédure de signalement de ces personnes afin de favoriser la réorientation de leur parcours de santé</li> <li>• Former à ces procédures les professionnels des vecteurs d'urgence ainsi que ceux des urgences hospitalières</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière</li> <li>• Filière gériatrique</li> <li>• Agence Régionale de Santé Ile de France</li> <li>• Les vecteurs d'urgences (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris, Centre 15)</li> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• Les alternatives aux urgences hospitalières (Maison Médicale de Garde (MMG), Garde Médicale de Paris (GMP), SOS Médecin, Equipe Mobile Gériatrique (EMG))</li> <li>• Services sociaux de l'hôpital et de la ville</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure de signalement des personnes ayant un recours fréquent aux urgences de l'hôpital</li> <li>• Cahier des charges pour l'intégration dans le système d'information des urgences, des critères permettant de repérer les patients ayant déjà eu recours au service</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des procédures de signalement et d'admission directe : premier semestre 2013</li> <li>• Formation des professionnels concernés par les procédures retenues : premier semestre 2013</li> <li>• Second semestre 2013 consacré à la mise en œuvre des procédures définies</li> <li>• Evaluation semestrielle des procédures et de leur application à partir de 2014</li> </ul>
Moyens	<p>Dans le cadre du protocole de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris sur les détresses médico-psycho-sociales, il est nécessaire d'établir une procédure de signalement des personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale. Ce protocole permettra au CLIC de pouvoir intervenir dans le cadre de son cahier des charges et en lien avec les auteurs médico-sociaux de terrain afin que ceux-ci assurent "les prises en charges".</p>

Sous-action 2.3	Cartographier et développer l'offre de prise en charge par les alternatives aux urgences hospitalières
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier dynamiquement l'ensemble de l'offre territoriale des alternatives aux urgences hospitalières</li> <li>• Evaluer l'adéquation entre l'offre de prise en charge par les différentes alternatives aux urgences hospitalières et les besoins avérés</li> <li>• Développer progressivement l'offre de prise en charge par les différentes alternatives aux urgences hospitalières</li> <li>• S'appuyer sur les plateformes d'informations à destination des professionnels et du grand public - développées dans le cadre de l'action 1 - pour communiquer sur l'offre de prise en charge des alternatives aux urgences hospitalières et les modalités de recours en cas d'urgence</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière</li> <li>• Agence Régionale de Santé Ile de France</li> <li>• Les vecteurs d'urgences (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris, Centre 15)</li> <li>• Les alternatives aux urgences hospitalières (Maison Médicale de Garde (MMG), Garde Médicale de Paris (GMP), SOS Médecin, Equipe Mobile Gériatrique (EMG))</li> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• Médecins généralistes et Médecins coordonnateur d'EHPAD</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie de l'offre des alternatives aux urgences hospitalières sur le territoire</li> <li>• Support de communication sur les différentes alternatives aux urgences hospitalières en matière de prise en charge et leur accessibilité</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendant du dimensionnement des besoins</li> </ul>

**Action 3 :** Faciliter l'accès aux soins en filière ainsi qu'à la programmation

**Binôme référent :** Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière (Antonio Teixeira) et Hôpital Jean Jaurès (Thibaut Tenailleau)

**Problématique :**

Un des objectifs de la mise en place de la filière gériatrique est de fluidifier le parcours de soins. Cependant, on constate aujourd'hui que les patients du territoire ne bénéficient pas toujours du circuit sanitaire le plus approprié par difficulté d'accessibilité ou défaut d'information.

En effet, dans le cadre du diagnostic territorial réalisé, l'analyse du parcours actuel a mis en évidence que l'essentiel du recrutement des patients de la filière provient des urgences. En effet, faute d'un accès direct facilité à la filière, les professionnels du territoire n'ont souvent d'autre choix que d'envoyer leurs patients directement aux urgences alors qu'une hospitalisation programmée (en Unité Gériatrique Aigue - UGA ou en Soins de Suite et de Réadaptation - SSR) serait envisageable.

D'autre part, la veille des besoins en matière d'offre de soins fait émerger la nécessaire mise en place de nouveaux services qui doivent inciter la filière à adapter son offre.

**Objectifs :**

- Développer l'accès direct au sein des structures de la filière gériatrique hospitalière ;
- Améliorer l'organisation et la coordination des transferts depuis la filière gériatrique hospitalière pour garantir le continuum de prise en charge des patients ;
- Identifier et proposer les modifications de l'offre de soins hospitalière au sein de la filière gériatrique en fonction des besoins de la population.

**Projet :**

Pour atteindre ces objectifs, le territoire doit disposer :

- D'une filière structurée et accessible qui maîtrise ses capacités d'accueil et offre aux professionnels un appui dans leur choix d'orientation des patients ;
- D'une coordination protocolisée au sein de la filière entre les acteurs de l'amont et de l'aval pour organiser dans les meilleures conditions les transferts des patients ;
- D'une veille sur les besoins émergents de la population permettant de proposer une diversification de l'offre de soins au sein de la filière gériatrique avec une évaluation des moyens nécessaires.

**Plan de mise en œuvre :**

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

- 3.1 Identifier et développer les outils et moyens techniques permettant d'améliorer les admissions et l'organisation interne ;
- 3.2 Optimiser la sortie d'hospitalisation des patients ;
- 3.3 Identifier et proposer une diversification de l'offre de soins en gériatrie.

**Calendrier consolidé envisagé :**

- Premier semestre 2013 consacré à la définition des procédures et à l'évaluation des moyens nécessaires à l'amélioration des transferts (admission et sortie) permettant une mise en application concrète dans le courant du second semestre 2013
- A partir de 2014 :
  - Evaluation semestrielle des flux au sein de la filière gériatrique ;
  - Réflexion sur la diversification de l'offre au sein de la filière.

### **Indicateurs de processus :**

- Optimisation du délai d'accessibilité des différentes structures de la filière gériatrique ;
- Nombre d'appels vers le numéro de téléphone permettant de solliciter l'admission en filière courte au sein de la filière gériatrique ;
- Augmentation du taux de patients transférés avec une fiche de liaison en sortie d'hospitalisation ;
- Augmentation du pourcentage relatif des hospitalisations programmées par rapport au total des hospitalisations en Unité de Gériatrie Aigue ;
- Suivi du nombre de patients admis en circuit court ;
- Suivi du nombre d'admissions directes en SSR ;
- Suivi du nombre d'admissions directes en provenance d'EHPAD ;
- Suivi du nombre d'admissions directes en provenance du domicile ;
- Augmentation du nombre de demande d'évaluation gériatrique à domicile ;
- Suivi de la Durée Moyenne de Séjour.

### **Actions interdépendantes**

Dans le cadre de l'objectif visant à organiser les accès directs au sein des structures hospitalières de la filière gériatrique, cette action s'appuiera sur l'action 1 pour communiquer autour de l'offre de services de filière gériatrique et des modalités d'accès.

Dans le cadre de l'objectif visant à améliorer l'organisation et la coordination des transferts depuis la filière hospitalière gériatrique pour garantir le continuum de prise en charge des patients, cette action informera les actions 4 et 5 sur les dispositifs prévus en sortie d'hospitalisation.

Sous-action 3.1	Identifier et développer les outils et moyens techniques permettant d'améliorer les admissions et l'organisation interne
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à doter la filière d'outils de gestion qui permettent de mieux maîtriser le flux de patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un système informatisé afin de disposer en temps réel des capacités disponibles de la filière (UGA et SSR)</li> <li>• Mettre en place une procédure d'admission dans la filière hospitalière selon des critères d'orientation prédéfinis, notamment pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les patients à hospitaliser admis aux urgences</li> <li>○ Les admissions directes en UGA</li> <li>○ Les admissions directes en SSR</li> </ul> </li> <li>• Mettre en place un numéro de téléphone dédié aux professionnels du territoire leur permettant de solliciter une éventuelle admission en circuit court.</li> <li>• Communiquer autour du numéro de téléphone dédié</li> <li>• Suivre l'activité et le temps médico-soignant consacré à la réponse aux appels</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière</li> <li>• Hôpital Jean Jaurès</li> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Médecins coordinateurs d'EHPAD</li> <li>• Vecteurs d'urgence</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges pour le paramétrage de l'outil gestion des entrées et des sorties des patients dans la filière</li> <li>• Procédure d'orientation et d'admission au sein de la filière gériatrique</li> <li>• Procédure des modalités de fonctionnement du numéro de téléphone dédié</li> <li>• Support de communication autour du numéro de téléphone dédié</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Premier semestre 2013 consacré à : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La définition des procédures d'orientation et d'admission au sein de la filière gériatrique</li> <li>○ La définition des procédures de fonctionnement du numéro de téléphone dédié</li> <li>○ La conception du support de communication de la ligne téléphonique dédiée</li> </ul> </li> <li>• Application dans le deuxième semestre 2013</li> <li>• Evaluation des flux (admission/sortie dans les structures) au sein de la filière hospitalière gériatrique à partir de 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil de gestion informatisé des entrées et des sorties des patients de la filière</li> <li>• Outil de traçabilité des appels reçus sur le numéro de téléphone dédié</li> <li>• Moyens logistiques et humains pour la mise en place de la procédure, la gestion et le suivi de la procédure à évaluer</li> </ul>



Sous-action 3.2	Optimiser la sortie d'hospitalisation des patients
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à renforcer le continuum de prise en charge du patient lorsque ce dernier change de structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systématiser la fiche de liaison en sortie d'hospitalisation pour l'ensemble des services de spécialité</li> <li>• S'assurer de la mise en place effective du continuum de la prise en charge en sortie d'hospitalisation en fonction des besoins de suivi et d'accompagnement des patients</li> <li>• S'appuyer sur l'outil trajectoire pour les orientations en SSR</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière</li> <li>• Hôpital Jean Jaurès</li> <li>• Services sociaux</li> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord Est</li> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Médecins coordinateurs d'EHPAD</li> <li>• Services de Soins Infirmiers A Domicile</li> <li>• Services d'Aide à Domicile</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure de sortie d'hospitalisation depuis l'UGA ou le SSR</li> <li>• Fiche de liaison</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Premier semestre 2013 consacré à la définition des procédures de sortie d'hospitalisation depuis l'UGA ou le SSR</li> <li>• Application dans le deuxième semestre 2013</li> <li>• Evaluation des sorties d'hospitalisation suite à l'implémentation des nouvelles procédures à partir de 2014</li> </ul>

Sous-action 3.3	Identifier et proposer une diversification de l'offre de soins en filière gériatrique
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à faire évoluer dynamiquement l'offre sanitaire de la filière gériatrique pour répondre aux besoins rencontrés sur le territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensionner l'offre de prise en charge en fonction des besoins rencontrés et quantifiés</li> <li>• Evaluer et demander les moyens nécessaires à cette refonte</li> <li>• Assurer une veille sur les évolutions des besoins et mesurer les implications en termes de ressources (lits, places, personnel médical et soignant)</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière</li> <li>• Hôpital Jean Jaurès</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualisation du projet de la filière</li> <li>• Evaluation des besoins</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A évaluer dans le cadre du projet</li> </ul>

**Action 4 :** Assurer le suivi médical et l'accompagnement à domicile

**Binôme référent :** CLIC Paris Émeraude Nord-Est (Claude Cormier) et ADIAM (Betty Elkaim)

**Problématique :**

Avec l'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques mais également l'augmentation de la part des interventions en ambulatoire de plus en plus de personnes auront besoin de soins et d'accompagnement à leur domicile. Assurer une prise en charge de qualité pour cette population représente un enjeu majeur.

Le diagnostic territorial initial sur les parcours a mis en évidence un manque de réactivité et/ou de solutions dans le cadre de la mise en place de ces services, avec :

- La difficulté de recourir à un service à domicile le weekend ;
- Des professionnels souvent démunis face à des usagers relevant d'une problématique psychique ou psychiatrique ;
- Une connaissance limitée de l'offre de services en place par les usagers, leur entourage et les professionnels ;
- Une absence d'outils partagés sur le territoire permettant de savoir de quels aides financières et/ou services bénéficie déjà une personne âgée ;
- Des délais importants pour la mise en place de services liés au manque d'anticipation à solliciter les organismes sociaux qui financent et dont l'accord de prise en charge constitue un prérequis.

**Objectifs :**

- Accroître la réactivité dans la mise en place des aides et services à domicile ;
- Renforcer la coordination entre les différents intervenants de la ville et de l'hôpital et favoriser la mise en place d'outils communs.

**Projet :**

Pour atteindre ces objectifs, le territoire doit optimiser son organisation pour qu'à tout moment une personne hospitalisée ou à domicile identifiée comme nécessitant la mise en place d'un accompagnement à domicile (aides, soins ou services) puisse en bénéficier dans les meilleurs délais. Par ailleurs, les transferts entre le domicile et les établissements de santé ou inversement doivent être organisés et coordonnés de façon à ce qu'ils n'occasionnent pas de rupture dans le continuum de prise en charge.

**Plan de mise en œuvre :**

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

- 4.1 Renforcer la connaissance de l'offre de services à domicile et le partage d'informations autour des personnes qui recourent à cette offre ;
- 4.2 Améliorer l'organisation des sorties d'hospitalisation en semaine et le weekend ;
- 4.3 Structurer la prise en charge à domicile des usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques.

**Calendrier consolidé envisagé :**

- Premier semestre 2013 consacré à :
  - Cartographie de l'offre de services des acteurs concernés par la prise en charge à domicile des personnes âgées ;
  - Lancement de la procédure de mise en place d'accompagnement à domicile en sortie d'établissement de santé.
- Deuxième semestre 2013 consacré à :
  - Plan de communication sur l'offre de services à domicile du territoire ;
  - Collecte d'informations sur les prestations d'accompagnement à domicile en place ;
  - Mise en place de la réponse spécifique le weekend et en semaine après 18h00.

A partir de 2014 : mise en place de projets de soins personnalisés pour les usagers présentant des troubles psycho-gériatriques.

### **Indicateurs de processus :**

- Nombre d'usagers suivi à domicile en sortie d'hospitalisation (respectivement en Services d'Aide à Domicile, en Services de Soins Infirmiers A Domicile et en Hospitalisation à Domicile) ;
- Nombre de plans d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) d'urgence mis en place en sortie d'établissements de santé ;
- Nombre d'Aides au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) mis en place en sortie d'établissements de santé ;
- Existence de protocole de mise en place d'aide à domicile en sortie d'établissements de santé ;
- Existence d'un protocole pour la définition des projets de soins personnalisés pour les personnes présentant des troubles psycho-gériatriques ;
- File active des usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques et bénéficiant d'un accompagnement à domicile ;
- Réduction du délai moyen de mise en place d'aides et de soins à domicile (respectivement en Services d'Aide à Domicile, en Services de Soins Infirmiers A Domicile et en Hospitalisation à Domicile) ;
- Création d'un fichier de partagé recensant les cas complexes bénéficiant d'un accompagnement à domicile sur le territoire ;
- Augmentation du nombre de cas complexes référencés dans le fichier de recensement.

### **Actions interdépendantes**

Dans le cadre de l'objectif visant à renforcer la coordination entre les différents intervenants de la ville et de l'hôpital et favoriser la mise en place d'outils communs, cette action s'appuiera sur :

- L'action 1 pour communiquer autour de l'offre de services de soins et d'aides à domicile ;
- L'action 3 pour définir les procédures de sorties d'hospitalisation des patients qui vivent à domicile.

Sous-action 4.1	Renforcer la connaissance de l'offre de services à domicile et le partage d'informations autour des usagers qui recourent à cette offre
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier l'ensemble de l'offre de soins d'accompagnement à domicile du territoire</li> <li>• Communiquer sur cette offre</li> <li>• Mettre en place une procédure de collecte d'information entre le CLIC Paris Émeraude Nord-Est et les prestataires d'accompagnement à domicile (aides, soins et services), permettant de référencer les accompagnements mis en place pour les cas complexes</li> <li>• Mettre en place un outil de recensement de ces cas complexes</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• ADIAM</li> <li>• Prestataires/mandataires d'aides et de soins à domicile</li> <li>• Hospitalisation à Domicile</li> <li>• Services sociaux des établissements de santé</li> <li>• Caisses de retraite</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Les Réseaux de santé (Réseau Santé Paris Nord – Association Gériatrique de l'Est Parisien)</li> <li>• Le Service Social Départemental Polyvalent (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé - Centre d'action sociale de la Ville de Paris)</li> <li>• Les Caisses complémentaires</li> <li>• La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (ARDH Aide au retour à domicile après hospitalisation)</li> <li>• Autres professions libérales (Pharmaciens- Infirmiers – Ergothérapeutes)</li> <li>• Centre d'action sociale de la Ville de Paris (Sections 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements)</li> <li>• Centre d'action sociale de la Ville de Paris (Paris Domicile)</li> <li>• Centres médico-psychologique (9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements)</li> <li>• COmité DEpartemental des Retraités et Personnes Agées 75</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie de l'offre de services sur le territoire</li> <li>• Support de communication sur l'offre de services du territoire</li> <li>• Procédure de partage d'information entre le CLIC Paris Émeraude Nord-Est et les prestataires d'accompagnement à domicile (aides, soins et services)</li> <li>• Modèle de fiche d'information sur l'existence ou la mise en place d'un accompagnement à domicile (aides, soins et services) à faire parvenir au CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• Fichier de recensement des cas complexes bénéficiant d'un accompagnement à domicile sur le territoire</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie de l'offre de services sur le territoire : premier trimestre 2013</li> <li>• Plan de communication sur l'offre de services du territoire : deuxième trimestre 2013</li> <li>• Mise en place de la procédure de collecte d'informations sur les prestations d'accompagnement à domicile en place : troisième trimestre 2013</li> </ul>

Sous-action 4.2	Améliorer l'organisation des sorties d'hospitalisation en semaine et le weekend
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédiger une procédure de sortie d'hospitalisation pour les patients nécessitant la mise en place d'un accompagnement à domicile (aides, soins, services)</li> <li>• Organiser les articulations entre les acteurs concernés par la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation retournant à domicile</li> <li>• Travailler avec les partenaires de la filière gériatrique pour s'accorder sur le fait que les sorties d'hospitalisation en semaine après 18 heures et en week-end, ne peuvent pas se faire, sans mettre en risque, la sécurité des personnes concernées et engager la responsabilité des institutions qui entreraient dans un dispositif de cette nature.</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• ADIAM</li> <li>• Prestataires/mandataires d'aides et de soins à domicile</li> <li>• Hospitalisation à domicile</li> <li>• Services sociaux des établissements de santé</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• Filière gériatrique</li> <li>• Equipe Médico-Sociale pour l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (EMSAPA)</li> <li>• Les Réseaux de santé (Réseau Santé Paris Nord – Association Gériatrique de l'Est Parisien)</li> <li>• Le Service Social Départemental Polyvalent (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé - Centre d'action sociale de la Ville de Paris)</li> <li>• Les Caisses complémentaires</li> <li>• La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (ARDH allocation après retour d'hospitalisation)</li> <li>• Autres professions libérales (Pharmaciens- Infirmiers – Ergothérapeutes)</li> <li>• Centre d'action sociale de la Ville de Paris (Sections 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements)</li> <li>• Centre d'action sociale de la Ville de Paris (Paris Domicile)</li> <li>• Centres médico-psychologique (9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements)</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure de mise en place d'accompagnement à domicile en sortie d'établissement de santé</li> <li>• Dispositif formalisé pour répondre aux sorties d'hospitalisation le weekend et en semaine après 18h</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancement de la procédure de mise en place d'accompagnement à domicile en sortie d'établissement de santé : deuxième trimestre 2013</li> <li>• Mise en place d'une réponse spécifique le weekend et en semaine après 18h00 : quatrième trimestre 2013</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendants de l'évaluation des besoins relative à la mise en place de la réponse spécifique le weekend et en semaine après 18h00</li> </ul>

Sous-action 4.3	Structurer la prise en charge à domicile des usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les procédures d'alerte permettant de signaler un usager à risque afin qu'il fasse l'objet d'une évaluation et le cas échéant d'une prise en charge à domicile</li> <li>• Protocoler avec les psychiatres les modalités de sollicitation de leur appui/intervention pour les usagers à domicile souffrant de troubles psycho-gériatriques</li> <li>• Favoriser les liens entre les acteurs : psychiatres de secteur, gériatres, acteurs sociaux, services de soins et aides à domicile, équipes mobiles de psychiatrie</li> <li>• Définir les modalités d'élaboration de projets de soins personnalisés à destination des usagers à domicile souffrant de troubles psycho-gériatriques</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> <li>• ADIAM</li> <li>• Prestataires/mandataires d'aides et de soins à domicile</li> <li>• Hospitalisation à Domicile</li> <li>• Services sociaux</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Psychiatres</li> <li>• Equipes mobiles de psychiatrie</li> <li>• Les Réseaux de santé (Réseau Santé Paris Nord – Association Gériatrique de l'Est Parisien)</li> <li>• Le Service Social Départemental Polyvalent (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé - Centre d'action sociale de la Ville de Paris)</li> <li>• Autres professions libérales (Pharmaciens- Infirmiers – Ergothérapeutes)</li> <li>• Centre d'action sociale de la Ville de Paris (Sections 9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements)</li> <li>• Centre d'action sociale de la Ville de Paris (Paris Domicile)</li> <li>• Centres médico-psychologique (9<sup>ième</sup>, 10<sup>ième</sup> et 19<sup>ième</sup> arrondissements)</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure d'alerte pour signaler les usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques</li> <li>• Procédure sur la prise en charge à domicile des usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de signalement et de prise en charge des usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques : troisième trimestre 2013</li> <li>• Mise en place des projets de soins personnalisés : courant 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendants de l'évaluation des besoins d'intervention de psychiatres</li> </ul>

### **Action 5 :** Assurer la qualité de la prise en charge en structures d'hébergement

**Binôme référent :** Résidence Océane (Rachid Amiar) et Hospitalisation à Domicile - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (Martine Andrieu)

#### **Problématique :**

Les structures d'hébergement doivent organiser la prise en charge médicale et soignante de leurs résidents en leur sein avec des partenaires et des professionnels extérieurs (médecins traitants, Hospitalisation à domicile, etc.) si besoin et faciliter leur intervention en veillant au continuum de la prise en charge. La qualité de la prise en charge des patients est donc fortement dépendante des liens entretenus entre les structures d'hébergement et ses nombreux partenaires.

Pour autant, le diagnostic territorial a mis en évidence plusieurs dysfonctionnements pour lesquels il est nécessaire d'apporter une réponse.

On constate en effet, que les missions et les responsabilités de chacun des acteurs pouvant intervenir auprès des patients qui vivent en structure d'hébergement mériteraient d'être clarifiées et mieux partagées afin de solliciter l'acteur adéquat en fonction des besoins des patients.

Par ailleurs, les structures d'hébergement ont souvent du mal à faire intervenir les médecins traitants en leur sein et doivent en conséquence faire face à des situations complexes le soir et le week-end faute de pouvoir solliciter du personnel soignant de garde. Ces situations peuvent être génératrices de recours inopportuns aux urgences.

Enfin les articulations entre les structures d'hébergement et les établissements de santé doivent faire l'objet de protocoles bien définis et évolutifs pour sécuriser les transferts de patients.

#### **Objectifs :**

- Améliorer la lisibilité des missions et des responsabilités de chacun des acteurs intervenant auprès des patients vivant en structure d'hébergement ;
- Mobiliser les médecins traitants à intervenir en structure d'hébergement ;
- Organiser le recours à du personnel soignant de garde mutualisé ;
- Améliorer les articulations entre les structures d'hébergement et les établissements de santé à la fois pour garantir le continuum de prise en charge lors de transferts et pour éviter le recours inopportun aux urgences.

#### **Projet :**

Pour atteindre ces objectifs, le territoire doit disposer :

- D'une organisation facilitant les interventions en structure d'hébergement des médecins traitants d'une part et d'équipes soignantes de garde mutualisées d'autre part en fonction des besoins ;
- De structures d'hébergement dotées d'un réseau de partenaires avec lesquels les modalités d'interactions sont clairement définies et appliquées ;
- D'une offre de services lisible et partagée par l'ensemble des acteurs de la prise en charge en structures d'hébergement.

#### **Plan de mise en œuvre :**

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

- 5.1 Assurer la lisibilité des différents acteurs intervenant en structure d'hébergement ;
- 5.2 Faciliter et encourager l'intervention des médecins traitants et d'équipes soignantes de garde mutualisées en structures d'hébergement ;
- 5.3 Renforcer la coordination entre les structures d'hébergement et les établissements de santé pour fluidifier les transferts de patients ;



### **Calendrier consolidé envisagé :**

- Premier semestre 2013 consacré à :
  - Mise en place de l'organisation pour favoriser les consultations des médecins traitants en structures d'hébergement ;
  - Systématisation de la mise en place de conventions entre les structures d'hébergement et les structures partenaires ;
  - Elaboration de la cartographie de l'offre de services des acteurs intervenant auprès des patients vivant en structures d'hébergement.
- Deuxième semestre 2013 consacré à :
  - Plan de communication sur le territoire pour faire partager la cartographie de l'offre de services à destination des patients vivant en structures d'hébergement ;
  - Mise en place de protocoles de prescription d'ajustements thérapeutiques pour les médecins généralistes.
- A partir de 2014 :
  - Evaluation des besoins et de la faisabilité :
    - de mettre en place des équipes soignantes de garde mutualisées ;
    - du recours à la télémédecine ;
  - Mise en place d'une équipe soignante de garde mutualisée ;
  - Développement progressif du recours à la télémédecine.

### **Indicateurs de processus :**

- Mise en place d'une procédure relative aux modalités d'intervention des équipes soignantes de garde mutualisées ;
- Nombre de conventions avec des établissements de santé pour la prise en charge directe par des spécialistes ;
- Nombre de conventions entre structures d'hébergement et structures partenaires ;
- Nombre de demandes de prise en charge et nombre d'interventions de l'Hospitalisation à Domicile en structures d'hébergement ;
- Augmentation du nombre de consultations par des médecins traitants en structures d'hébergement
- Augmentation du nombre de prescriptions d'ajustement thérapeutique ;
- Augmentation du nombre d'hospitalisations sans passage aux urgences depuis les structures d'hébergement ;
- Augmentation du nombre d'hospitalisations programmées depuis les structures d'hébergement ;
- Diminution du nombre de recours directs aux urgences depuis les structures d'hébergement.

### **Actions interdépendantes**

Dans le cadre de l'objectif visant à améliorer la lisibilité des missions et des responsabilités de chacun des acteurs intervenant auprès des patients vivant en structure d'hébergement, cette action s'appuiera sur l'action 1 pour faire partager à l'ensemble des acteurs l'offre de services proposée par chacun.

Dans le cadre de l'objectif visant à améliorer les articulations entre les structures d'hébergement et les établissements de santé à la fois pour garantir le continuum de prise en charge lors de transferts et pour éviter le recours inopportun aux urgences, cette action s'appuiera sur l'action 3 pour définir les procédures d'entrée et de sortie d'hospitalisation des patients vivant en structure d'hébergement.

Sous-action 5.1	Assurer la lisibilité des différents acteurs intervenant en structure d'hébergement
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à faire partager entre les acteurs les missions de chacun afin que les rôles et responsabilités soient connus de tous et que les structures d'hébergement développent le recours direct à d'autres formes de prise en charge que les urgences. Pour cela il est nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier l'offre de services de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des patients en structures d'hébergement (y compris l'offre de services des structures d'hébergement)</li> <li>• Faire partager cette cartographie</li> <li>• Organiser des rencontres structures d'hébergement - Hospitalisation à Domicile pour favoriser la connaissance mutuelle des équipes</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidence Océane</li> <li>• Hospitalisation à Domicile - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris</li> <li>• Résidence Hérault</li> <li>• Résidence les Musiciens</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Equipes mobiles. Gériatriques Externes</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• Filière gériatrique</li> <li>• Réseau Santé Paris Nord</li> <li>• Paramédicaux</li> <li>• Centres médico-psychologique</li> <li>• CLIC Paris Émeraude Nord-Est</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie de l'offre de services des acteurs intervenant auprès des patients en structures d'hébergement</li> <li>• Support de communication autour de cette cartographie</li> <li>• Rencontres entre structures d'hébergement et Hospitalisation à domicile</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie de l'offre de services : deuxième trimestre 2013</li> <li>• Support de communication sur le territoire : troisième trimestre 2013</li> <li>• Organisation de rencontres structures d'hébergement - Hospitalisation à domicile : quatrième trimestre 2013</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annuaire gérontologique en appui pour réaliser la cartographie de l'offre de service</li> </ul>

Sous-action 5.2	Faciliter et encourager l'intervention des médecins traitants et d'équipes soignantes de garde mutualisées en structures d'hébergement
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à favoriser les interventions des médecins traitants d'une part et des équipes soignantes de garde mutualisées d'autre part en structures d'hébergement. Pour cela il est nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser auprès des médecins traitants la liste des partenaires de la structure d'hébergement et les circuits privilégiés</li> <li>• Mettre en place un temps dédié pour la consultation des médecins traitants</li> <li>• Protocoliser le recours à des ajustements thérapeutiques avec un protocole validé par le médecin traitant et le médecin coordonnateur</li> <li>• Evaluer les besoins et la faisabilité de mettre en place des gardes mutualisées avec plusieurs structures d'hébergement pour faire intervenir des équipes soignantes le soir et le week-end</li> <li>• Mettre en place une procédure relative aux modalités d'intervention des équipes soignantes de garde mutualisées</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidence Océane</li> <li>• Hospitalisation à Domicile - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris</li> <li>• Résidence Hérault</li> <li>• Résidence les Musiciens</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Equipes soignantes</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptif de l'organisation du temps de consultation des médecins traitants</li> <li>• Support à destination des médecins traitants référençant les partenaires de la structure d'hébergement auxquels ils peuvent faire appel (Hospitalisation à Domicile, ligne téléphonique vers l'UGA, etc.)</li> <li>• Protocole pour le recours aux ajustements thérapeutiques par les médecins traitants</li> <li>• Retour d'expérience sur l'expérimentation du recours aux équipes soignantes de garde mutualisées</li> <li>• Evaluation des besoins et de la faisabilité de mettre en place des équipes soignantes de garde mutualisées</li> <li>• Procédure relative aux modalités d'intervention des équipes soignantes de garde mutualisées</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif de temps de consultations dédiés aux médecins traitants : deuxième trimestre 2013</li> <li>• Protocole sur les ajustements thérapeutiques pour les médecins généralistes : quatrième trimestre 2013</li> <li>• Evaluation des besoins et de la faisabilité de mettre en place des équipes soignantes de garde mutualisées : deuxième trimestre 2014</li> <li>• Procédure relative aux modalités d'intervention des équipes soignantes de garde : troisième trimestre 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendant du retour d'expérience sur l'expérimentation du recours aux équipes soignantes de garde mutualisées</li> </ul>

Sous-action 5.3	Renforcer la coordination entre les structures d'hébergement et les établissements de santé pour fluidifier les transferts de patients
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à faciliter la liaison structure d'hébergement - établissement de santé. Pour ce faire, il est nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systématiser le conventionnement entre structures d'hébergement et structures partenaires pour faciliter les transferts de patients</li> <li>• Rédiger et mettre en place avec les établissements de santé des procédures dans le cadre de transferts des patients (notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisation le soir et le weekend)</li> <li>• S'assurer que les retours des patients en structure d'hébergement donnent bien lieu à la réalisation et à la communication de la fiche de liaison inter-établissements</li> <li>• Evaluation de la bonne application de ces conventions</li> <li>• Mise à jour des conventions avec les structures partenaires en fonction des besoins et des évaluations</li> <li>• Communiquer auprès des médecins traitants et des médecins coordinateurs sur l'existence de la ligne téléphonique dédiée permettant d'avoir un accès direct à des compétences gériatriques afin d'organiser, le cas échéant, une consultation spécialisée ou une hospitalisation programmée ou non</li> <li>• Evaluer les besoins et la faisabilité du recours à la télémédecine</li> <li>• Développer progressivement le recours à la télémédecine</li> </ul>
Contributeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidence Océane</li> <li>• Hospitalisation à Domicile - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris</li> <li>• Résidence Héroid</li> <li>• Résidence les Musiciens</li> <li>• Médecins généralistes</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• Filière gériatrique</li> </ul>
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conventions entre structures d'hébergement et structures partenaires</li> <li>• Support de communication à destination des médecins généralistes intervenant en structure d'hébergement sur la ligne téléphonique dédiée</li> <li>• Evaluation de l'application des conventions</li> <li>• Evaluation des besoins et de la faisabilité d'avoir recours à la télémédecine</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction de conventions entre structures d'hébergement et structures partenaires : deuxième trimestre 2013</li> <li>• Support de communication sur le numéro de téléphone dédié : deuxième trimestre 2013</li> <li>• Evaluation de l'application des conventions avec les structures partenaires : quatrième trimestre 2013</li> <li>• Evaluation des besoins et de la faisabilité d'avoir recours à la télémédecine : troisième trimestre 2014</li> <li>• Développement progressif du recours à la télémédecine : quatrième trimestre 2014</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendant de l'évaluation des besoins d'équipement en outils de télémédecine des structures d'hébergement</li> </ul>

**Axe 3 :** Mettre en œuvre un Programme de gestion de l'Insuffisance Cardiaque chez les Sujets Agés de 75 ans et plus (PICSA)

**Référent :** Réseau Santé Paris Nord (Aurélie Misme)

**Problématique :**

L'insuffisance cardiaque (c'est-à-dire l'incapacité du cœur à assumer le débit sanguin nécessaire aux besoins des différents organes) est une maladie très fréquente, notamment dans la population âgée.

En France, en 2010, plus de 400 000 personnes ont été en Affection de Longue Durée à ce titre ou ont eu dans l'année une hospitalisation avec ce diagnostic. Il s'agit principalement d'une population âgée (la moyenne d'âge des patients est de 77 ans). Chaque année, 90 000 personnes sont hospitalisées pour décompensation cardiaque. Au total cette pathologie représente en 2010 un coût de 1,9 milliard d'euros.

L'amélioration de la prise en charge de cette population revêt par conséquent un enjeu majeur, d'autant plus que le parcours de soins associé à cette pathologie est émaillé de dysfonctionnements notamment en termes de délai de pose du diagnostic, d'orientation en amont (40% des patients ne sont pas examinés par un cardiologue) et en aval, de traitements recommandés (moins de 20% des patients bénéficient d'une trithérapie associant un inhibiteur de l'enzyme de conversion, un bêtabloquant et un diurétique) et enfin au niveau du suivi post hospitalisation des patients.

Si différentes initiatives régionales existent, il n'y a pas de programme national assurant à tous les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque une éducation initiale et un accompagnement du retour à domicile. Or la littérature scientifique montre, avec un niveau de preuve élevé, que ce type de prise en charge a un impact fort en termes de baisse de la mortalité (13 à 25 %), de réduction des hospitalisations pour décompensation cardiaque (25 à 30 %) et de réduction des hospitalisations (12 à 20 %).

**Objectifs :**

Les objectifs du programme se déclinent en fonction des 3 niveaux de segmentation définis par la pyramide de Kayser qui classe la population en fonction du risque de consommation de ressources (sanitaires et sociales) et propose pour chaque niveau une stratégie de prise en charge :

- Stratégie de prise en charge pour les patients en niveau de risque 1 : surveillance ponctuelle de la maladie, éducation thérapeutique et autosoins
  - Améliorer l'information et la formation du patient par rapport à sa maladie afin de prévenir l'aggravation de son état ;
  - Eviter l'apparition d'autres pathologies.
  
- Stratégie de prise en charge pour les patients en niveau de risque 2 : gestion continue de la maladie et accompagnement
  - Améliorer la stabilité clinique et la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques ;
  - Assurer une utilisation efficace des ressources d'assistance.
  
- Stratégie de prise en charge pour les patients en niveau de risque 3 : coordination des cas complexes
  - Maintenir la stabilité clinique et améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques complexes ;
  - Recourir de façon appropriée aux ressources d'assistance en fonction des besoins évalués.

La segmentation a été affinée au sein de chaque niveau de risque de manière à pouvoir identifier la problématique prédominante des patients (médicale ou sociale) et ainsi organiser le parcours de chaque patient de façon coordonnée entre les acteurs du sanitaire et les acteurs du social. Cette segmentation se compose de 6 différents profils de patients :

Patients en niveau de risque 1 :

- A.3 Vulnérabilité socioéconomique nécessitant une aide (patients ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque ne faisant donc pas partie du programme) ;
- A.2 Insuffisance cardiaque non sévère avec incapacité limitée ;
- A.1 Insuffisance cardiaque non sévère avec 1 ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) simple(s) sans incapacité.

Patients en niveau de risque 2 :

- B.2 Insuffisance cardiaque non sévère avec une incapacité lourde ou une vulnérabilité socioéconomique ;
- B.1 Poly pathologie, dont insuffisance cardiaque sévère à risque de décompensation avec une incapacité.

Patients en niveau de risque 3 :

- C. Poly pathologie dont insuffisance cardiaque sévère et/ou avancée avec une incapacité lourde et avec ou sans vulnérabilité socioéconomique.

**Projet :**

Pour atteindre ces objectifs, le programme doit suivre de façon active les patients atteints d'insuffisance cardiaque en leur proposant un projet thérapeutique approprié, selon une logique qui se décompose en 3 étapes :

1. Repérer les patients de façon réactive afin d'identifier ceux qui sont éligibles au programme. Ce repérage peut se réaliser aussi bien dans la sphère sociale que sanitaire à l'aide de critères différenciés en fonction des acteurs ;
2. Procéder à une évaluation multidisciplinaire afin de valider le diagnostic d'insuffisance cardiaque, d'identifier d'éventuelles comorbidités mais également de statuer sur le niveau d'autonomie et de vulnérabilité socioéconomique du patient ;
3. Segmenter, en fonction des résultats de l'évaluation, la population incluse dans le programme en 3 niveaux avec, pour chacun, une stratégie différenciée de prise en charge en continu, qui mobilise des ressources et compétences spécifiques.

**Plan de mise en œuvre :**

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 4 sous-actions :

- I. Définir le programme de gestion de l'insuffisance cardiaque ;
- II. Définir la gouvernance autour du programme ;
- III. Préparer la mise en œuvre du programme ;
- IV. Mettre en place, suivre et évaluer le programme.

### Calendrier consolidé envisagé :

- Deuxième semestre 2012 a été consacré à :
  - L'élaboration du guide du programme de gestion de l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé.
- Quatrième trimestre 2012 et premier trimestre 2013 consacré à :
  - Elaboration des outils opérationnels requis pour lancer le programme ;
  - Plan de communication sur le territoire pour promouvoir le programme auprès des acteurs du territoire.
- A partir de février 2013 :
  - Lancement et suivi du programme ;
  - Première évaluation du programme à 6 mois.

### Contributeurs :

- Les 3 premières sous-actions sont portées par le groupe de travail PICSA qui réunit les acteurs concernés par la prise en charge de la population cible. Il se compose de médecins généralistes, de cardiologues (ville et hospitalier), de gériatres, de la Direction Régionale du Service Médical, de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, du CLIC Paris Émeraude Nord-Est, d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile, du Comité DEpartemental des Retraités et Personnes Agées, du Réseau de Santé Paris Nord et de la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de- France;
- La quatrième sous-action sera portée d'une part par les professionnels et les patients qui participeront au programme, et d'autre part par la « plateforme PICSA » constituée d'un duo d'acteurs un « référent PICSA » et une « infirmière de suivi » dont les postes vont être créés spécifiquement dans le cadre du programme.

Le « référent PICSA » aura un rôle administratif avec la responsabilité de :

- Mobiliser les professionnels pour participer au programme ;
- Répondre aux patients et aux professionnels du programme sur les questions d'ordre administratives ;
- Produire l'évaluation du programme sur la base des critères prédéfinis.

L'« infirmière de suivi » sera responsable du suivi du parcours patient et devra :

- Organiser l'évaluation et la segmentation des patients (avec l'appui éventuel de l'« infirmière de suivi ») ;
- S'assurer que les patients inclus dans le programme respectent le projet de prise en charge élaboré avec leur médecin généraliste et de les relancer lorsque ce n'est pas le cas ;
- Coordonner pour les patients en niveau de risque 2 et 3, la prise en charge multidisciplinaire toujours en lien avec le médecin traitant qui reste le prescripteur ;
- Assurer la circulation de l'information entre les professionnels, les patients et la plateforme PICSA ;
- Répondre aux patients et aux professionnels du programme sur les questions d'ordre médical.



## **Livrables :**

- Guide du programme de gestion de l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé ;
- Documents administratifs relatifs à l'inclusion des patients (lettre d'information et formulaire de consentement) ;
- Outils de suivi des patients permettant de tracer leur parcours de santé
  - Modèle de cahier de liaison contenant l'ensemble des informations relatives à la prise en charge du patient ;
  - Modèles de fiche de suivi à remplir par les professionnels après chaque consultation ;
  - Fichier informatisé de suivi de la file active des patients du programme alimenté par les informations des cahiers de liaison ;
- Supports de communication
  - Courrier de sollicitation à destination des professionnels ;
  - Support d'information/formation à destination des professionnels ;
- Réunions d'information et de mobilisation pour présenter aux professionnels le programme, son fonctionnement et les avantages qu'il peut leur offrir ;
- Tableau de bord de suivi du programme.

## **Indicateurs de processus :**

### Identification et inclusion des patients

- Nombre de signalements de patients éligibles au programme par les acteurs médicaux ;
- Nombre de signalements de patients éligibles au programme par les acteurs sociaux ;
- Nombre de patients inclus dans PICSA suite à un signalement des acteurs médicaux ;
- Nombre de patients inclus dans PICSA suite à un signalement des acteurs sociaux ;
- Taux de patients signalés par les acteurs médicaux mais ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque ;
- Taux de patients signalés par les acteurs sociaux mais ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque.

### Segmentation des patients par risques

- Nombre de patients inclus dans le programme et classés en niveau de risque 1 ;
- Nombre de patients inclus dans le programme et classés en niveau de risque 2 ;
- Nombre de patients inclus dans le programme et classés en niveau de risque 3.

### Suivi de la prise en charge

- Nombre de patients suivis par un coordinateur de cas complexes ;
- Nombre de patients suivis régulièrement (visites ou téléphone) ;
- Nombre de séances d'éducation thérapeutique relatives à l'insuffisance cardiaque réalisées par des infirmières (une fois que des programmes d'éducation thérapeutique sur l'insuffisance cardiaque seront mis en place sur le territoire) ;
- Nombre de professionnels qui participent au programme (généralistes, cardiologues, infirmières, gériatres, pharmaciens, autres).



## **Indicateurs de résultats :**

### Maintenir la stabilité clinique et améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques

- Augmenter le scoring qualité de vie des patients des 75 et plus atteints d'insuffisance cardiaque ;
- Diminuer le nombre de patients de 75 et plus insuffisants cardiaques hospitalisés pour décompensation.

### Assurer une utilisation efficace des ressources d'assistance

- Diminuer le nombre de patients de 75 ans et plus arrivant aux urgences avec une crise d'insuffisance cardiaque ;
- Augmenter la part des patients de 75 ans et plus insuffisants cardiaques avec un traitement approprié (bénéficiant d'une trithérapie) ;
- Augmenter la part des patients de 75 ans et plus insuffisants cardiaques bénéficiant d'une hospitalisation programmée non précédée par un passage aux urgences.

### Ralentir la progression de la maladie et éviter l'apparition d'autres pathologies

- Diminuer le nombre de patient de 75 ans et plus insuffisants cardiaques aux urgences souffrant de dénutrition ;
- Augmenter la part de patients de 75 ans et plus insuffisants cardiaques sans recours aux urgences.

Sous-action I	Définir le programme de gestion de l'insuffisance cardiaque
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les niveaux de risque</li> <li>• Définir la logique du programme</li> <li>• Déterminer les modalités et les acteurs du repérage</li> <li>• Définir les critères d'évaluation</li> <li>• Définir les types de prise en charge en fonction des niveaux de risque et les besoins en matière d'éducation thérapeutique</li> </ul>
Sous-action II	Définir la gouvernance autour du programme
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les acteurs (structures et professionnels) du programme</li> <li>• Définir dans le cadre du programme le rôle et les responsabilités de chacun de ces acteurs</li> <li>• Déterminer les modalités de coordination et de partage d'informations entre les acteurs</li> </ul>
Sous-action III	Préparer la mise en œuvre du programme
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et répondre à l'ensemble des prérequis et des questions relatives à la mise en place du programme : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etapes du déploiement du programme</li> <li>○ Outils opérationnels requis pour lancer le programme (outils d'inclusion, de suivi, de communication, etc.)</li> <li>○ Modalités de collecte et de centralisation de l'information</li> </ul> </li> <li>• Mobiliser les professionnels pour les inciter à participer au programme</li> <li>• Former les professionnels aux outils et aux procédures pour participer au programme</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support de communication (courrier de sollicitation et support d'information/formation à destination des professionnels)</li> <li>• Réunions d'information et de mobilisation pour présenter aux professionnels le programme, son fonctionnement et les avantages qu'il peut leur offrir</li> </ul>
Sous-action IV	Mettre en place, suivre et évaluer le programme
Descriptif	<p>Cette sous-action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure les premiers patients dans le programme</li> <li>• Assurer une montée en charge progressive (en termes de nombre de patients inclus)</li> <li>• Garantir la mobilisation en continu des acteurs de la prise en charge</li> <li>• Assurer que les projets de prise en charge sont bien respectés</li> <li>• Réaliser le suivi et l'évaluation du programme</li> </ul>
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un « référent PICSA » soutenu par « une infirmière de suivi »</li> <li>• Un cahier de suivi pour chaque patient inclus dans le programme où sera centralisé l'ensemble de l'information nécessaire à leur suivi</li> </ul>

### 13.4 Annexe 4 Les indicateurs de résultats :

Indicateurs de résultats	
Utilisation des services	Valeur cible
Nombre (ou taux) de recours aux urgences des 75 ans et plus	Diminuer
Nombre (ou taux) de repassages aux urgences à 1 semaine des 75 ans et plus	Diminuer
Nombre (ou taux) de réadmissions en hospitalisation des 75 ans et plus à 30 jours, 6 mois et 1 an	Diminuer
Nombre d'hospitalisations programmées des 75 ans et plus	Augmenter
Nombre d'admissions directes en SSR des 75 ans et plus	Augmenter
Part des hospitalisations des 75 ans et plus en provenance du domicile qui n'ont pas été précédées d'un passage aux urgences	Augmenter
Part des hospitalisations des 75 ans et plus en provenance des EHPAD qui n'ont pas été précédées d'un passage aux urgences	Augmenter
Mise en place d'un système d'information partagé	

---

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

[www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr)

