

PROCOLE DE COOPERATION ENTRE LE DEPARTEMENT DE L'EURE
ET L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE NORMANDIE
RELATIF A L'ORGANISATION TERRITORIALE DU PARCOURS DE VIE ET DE SANTE
DES PERSONNES AGEES

Ce protocole, défini conjointement par le Département de l'Eure et l'Agence régionale de santé de Normandie (ARS), vise à mettre en œuvre les orientations du Projet régional de santé et du Schéma départemental de l'autonomie. Il convient des principes et des modalités d'intervention des professionnels (coordination et concertation) dans le cadre du parcours de vie et de santé de la personne âgée et de ses aidants, de sorte à organiser une meilleure qualité de service rendu, sur tout le département.

La logique de parcours implique une complémentarité à rechercher dans les rôles de chaque professionnel, ainsi que dans l'exercice de la responsabilité des directeurs et chefs d'établissements et de services.

Le parcours de vie et de santé se construit sur le principe de co-responsabilisation : les acteurs (sanitaire, médico-social et social) agissent en concertation afin d'offrir le bon service, au bon endroit, au bon moment, par les bonnes personnes et équipes, de façon efficace et efficiente .

Au-delà de l'accompagnement et de la coordination des acteurs autour de la personne âgée, il s'agit aussi d'articuler une organisation des services d'aide et de soins dans chaque territoire, basée sur une gouvernance commune des partenaires et permettant d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services qui lui sont offerts.

RAPPEL DU CONTEXTE

- ⇒ Couverture totale du territoire eurois par les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), de niveau 3, intégrés au Conseil départemental de l'Eure depuis 2006.
Intervenants prépondérants dans la coordination gérontologique, ils constituent des relais sur lesquels s'appuyer pour garantir la continuité de l'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants. Il s'agit d'articuler leur action avec les autres acteurs et, notamment, les gestionnaires de cas en faisant évoluer et en harmonisant leurs pratiques vers un renforcement du partenariat avec le champ sanitaire.
- ⇒ Couverture totale du département de l'Eure par quatre MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), portées pour deux d'entre elles par des centres hospitaliers et, pour les deux autres, par le Conseil départemental de l'Eure.
- ⇒ Développement de l'organisation des soins primaires avec la forte impulsion donnée par la création de Pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA).
- ⇒ Renforcement du développement de la prise en charge de situations complexes par la création de deux plateformes territoriales d'appui (PTA) sur le département.
- ⇒ Création de Groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur le département et structuration des filières gériatriques.

Toutefois, les cloisonnements sectoriels persistent et la culture gériatrique n'est pas suffisamment diffusée au sein de nombreux services qui, pourtant, connaissent une forte augmentation du public âgé.

Ces cloisonnements des services d'aide et de soins forment un paysage peu lisible pour les professionnels et le grand public.

Il est nécessaire d'aller plus loin dans le décloisonnement et envisager, partout où c'est possible, une intégration des services d'aide et de soins permettant d'améliorer qualité et efficience de la prise en charge globale des personnes âgées et de leurs aidants.

Le partage et la diffusion de l'information, la coordination autour des situations complexes, la mise en place des guichets intégrés, les outils d'évaluation partagés, constituent autant de conditions de réussite dans l'organisation du parcours des personnes âgées.

Il s'agit aussi de structurer concertation et coordination partenariale sur les territoires, pour impulser et favoriser l'intégration, les coopérations, les mutualisations, les échanges de bonnes pratiques, les transferts de connaissance et les innovations entre acteurs des champs : social, médico-social et sanitaire.

Le Département et l'ARS souhaitent soutenir ensemble une organisation intégrée autour de ces axes majeurs :

- Affirmer les territoires des parcours de vie et de santé.
- Désigner les instances de pilotage de l'organisation du parcours de vie et de santé de la personne âgée.
- Développer un système d'informations partagées s'inscrivant dans le contexte régional.
- Structurer les rôles des principaux acteurs.
- Organiser les acteurs pour une meilleure qualité du service rendu sur tout le territoire départemental.

LES TERRITOIRES

Les territoires de vie et de parcours retenus sont les territoires MAIA. Ces territoires sont fixés lors de la validation des projets MAIA par l'Agence régionale de santé (ARS).

Toutefois, une harmonisation des territoires d'intervention des multiples acteurs qui interviennent dans le parcours est souhaitée, dans un objectif de simplification.

Les territoires pourront être revus en ce sens, la décision de les modifier est conjointe entre l'ARS et le Conseil départemental, après consultation de la table stratégique départementale.

LES INSTANCES DE GOUVERNANCE

Les objectifs de la gouvernance des territoires de parcours de vie et de santé sont :

- L'adaptation des politiques départementales d'une part et régionales d'autre part, de manière concertée et coordonnée ; adaptation rendue nécessaire par l'évolution de la démographie.
- L'adaptation des réponses apportées au public, prenant en compte l'évolution des besoins notamment.
- L'adaptation des organisations permettant au parcours de vie et de santé d'être lisible, fluide et sans ruptures.

Le Département de l'Eure et l'ARS s'accordent sur deux niveaux de gouvernance des parcours de vie et de santé, départemental et territorial.

Au sein de ces niveaux de pilotage, il conviendra de veiller à une représentation équilibrée des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

1. La gouvernance stratégique départementale

Le Département de l'Eure et l'ARS de Normandie souhaitent veiller à la cohérence des parcours de vie et de santé de la personne âgée et à la pertinence et complémentarité des actions menées sur le département notamment en matière de prévention, de prise en charge des soins, d'accompagnement médico-social et social et d'accès aux droits et en privilégiant une logique de proximité chaque fois qu'elle est pertinente.

Cette responsabilité relève d'une **instance stratégique départementale** (article L 113-2 du code de l'action sociale et des familles) qui est chargée :

- de garantir le respect du présent protocole en fixant les feuilles de route aux MAIA, aux CLIC, aux filières gériatriques des GHT, aux UTAS (pour ce qui concerne le service social départemental),
- d'approuver, chaque année, les axes de travail prioritaires proposés par les tables tactiques et d'assurer leur cohérence avec le Projet régional de santé (PRS) et le Schéma départemental de l'autonomie.
- de mobiliser les leviers nécessaires à l'intérieur de chaque institution ou établissement représenté(e) pour accompagner et faciliter les changements organisationnels décidés collectivement,
- de mobiliser si besoin des ressources financières et des ressources humaines,
- d'évaluer les résultats au regard des informations rapportées par les instances territoriales et d'ajuster si besoin les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de service sur le département ou sur le territoire de parcours concerné.

L'ARS et le Département de l'Eure coprésident cette instance de gouvernance. Ils veillent à l'articulation des projets MAIA avec d'autres dispositifs ou instances nationales : Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPA), Plateforme territoriale d'appui (PTA), Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et tout autre dispositif à venir qui joue un rôle dans le parcours de vie et de santé des personnes âgées.

La table stratégique départementale est une instance de décision. Les deux signataires s'accordent sur le fait que les membres doivent être dotés d'un pouvoir de décision leur permettant d'engager leur structure, dans le respect des règles et instances de leur établissement ou institution.

Une charte de collaboration entre les membres de cette instance complètera le présent article.

2. La gouvernance au niveau des territoires : les tables tactiques

Au niveau décisionnel, une instance territoriale à l'échelle des territoires de parcours de vie et de santé, appelée "table tactique", est chargée :

- d'analyser en commun les dysfonctionnements et les ruptures de parcours de vie et de santé sur le territoire,
- de se concerter, dans une logique de coresponsabilité, pour proposer des actions correctives et favoriser la concertation des acteurs "de terrains" sur le territoire,
- de garantir la fluidité du parcours de vie et de santé, notamment dans les transitions de prise en charge et les collaborations entre professionnels des secteurs sanitaires, médico-social et social.

Rôle attendu :

Les objectifs spécifiques de l'instance territoriale sont d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des prises en charge en soins et/ou en accompagnement de la personne âgée quel que soit l'environnement physique dans lequel elle se trouve (domicile, EHPAD, hôpital...).

Cette instance a pour mission:

- de proposer un projet de territoire assorti d'un plan d'actions tous les trois ans,
- de proposer annuellement un plan d'action prioritaire pour l'année à venir,

- d'assurer la mobilisation des acteurs et des ressources : le Conseil départemental et l'ARS veilleront à ce que cet objectif soit repris dans le cadre des CPOM ou des conventions conclues avec les membres de la table tactique.
- D'impulser la mise en place des groupes de travail correspondant aux problématiques identifiées et notamment aux ruptures de parcours de vie et de santé, présentées par le pilote MAIA, dans le cadre du diagnostic organisationnel d'une part, et des observations des gestionnaires de cas et des comités d'orientation d'autre part,
- d'évaluer et de suivre les résultats,
- de rendre compte de l'avancée des travaux à la table stratégique.

Composition et animation :

L'instance territoriale représente l'ensemble des acteurs prépondérants sur le territoire de parcours de vie et de santé de la personne âgée, et se compose de responsables et de directeurs d'établissements et de services ainsi que des représentants des professionnels de santé libéraux des champs suivants :

- Sanitaire : hospitalier et ambulatoire,
- Médico-social : établissements (hébergement, accueil de jour, hébergement temporaire ...) et services (SAAD, SSIAD, CLIC...),
- Sociaux : collectivités territoriales et locales (UTAS, CCAS, CCIAS...) et associations.

Cette composition doit être équilibrée.

Les directeurs et chef de service peuvent se faire accompagner de leurs équipes. Toutefois, les décisions ne peuvent être prises que par eux-mêmes, ou par l'un de leurs agents dotés d'un pouvoir écrit lui permettant d'engager sa structure, dans le respect de ses règles internes.

Les directeurs et chefs de service devront s'engager à diffuser les décisions prises en table tactique au sein de leur établissement ou service afin qu'un lien efficace soit construit entre les décisions prises et leur opérationnalité sur le terrain.

Une charte devra être rédigée, liant les membres des tables tactiques. Chaque table sera autonome par rapport aux autres, dans sa rédaction.

LE NIVEAU OPERATIONNEL :

Structurer la coordination et la concertation entre les acteurs de terrain

1. La coordination

La coordination clinique est définie par l'acte permettant d'articuler les actions des divers intervenants autour de la personne âgée. Cette coordination est exercée par différents acteurs : équipe APA, assistants sociaux des hôpitaux et cadres infirmiers, infirmière coordinatrice de SSIAD, Infirmier(e) libéral(e), CLIC, gestionnaires de cas.

2. La concertation

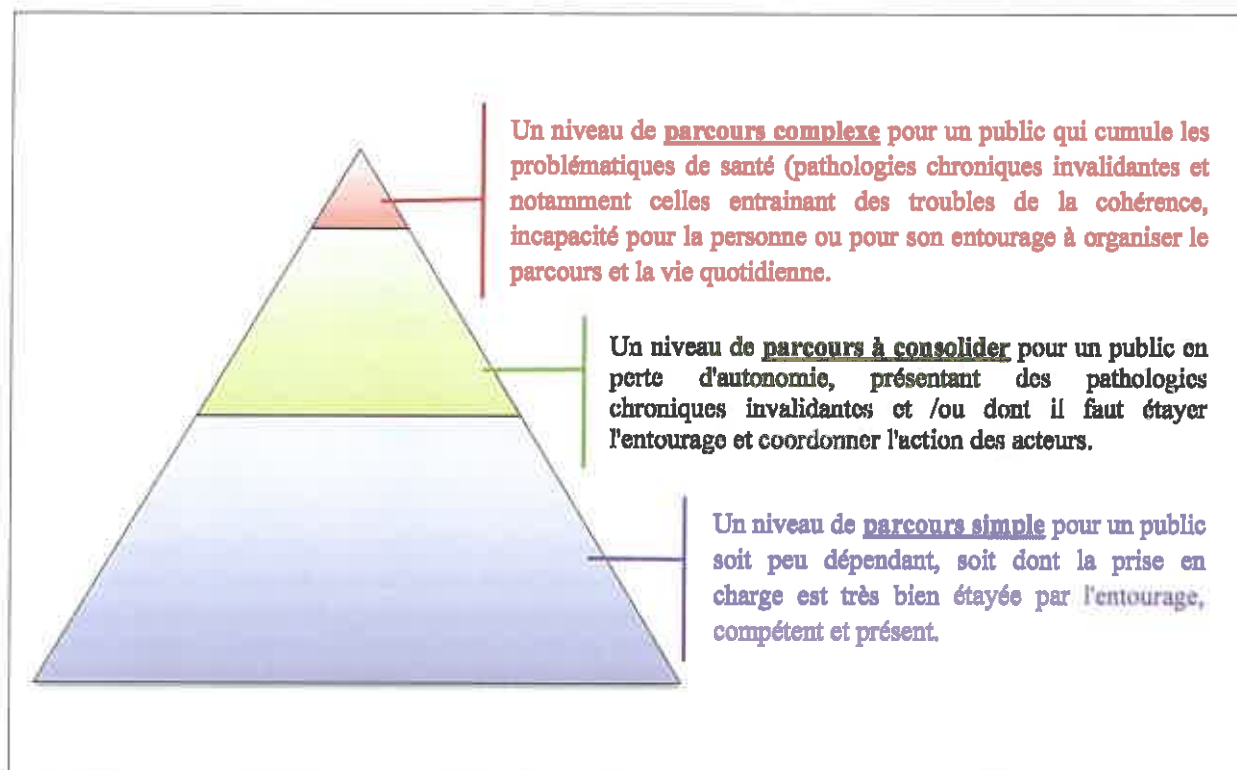
La concertation des acteurs, quant à elle, permet :

- d'échanger l'information entre ces acteurs pour une vision globale et partagée de la situation,
- de connaître les objectifs de prise en charge des uns et des autres,
- de réfléchir ensemble à un plan d'intervention, à la priorisation des actions à mener et à qui doit mener l'action,
- à définir ensemble les ruptures de parcours et à comment y pallier,
- à prendre en compte les souhaits mais aussi les freins de l'usager,
- à engager, le cas échéant, une démarche d'aide à la décision éthique lorsqu'une situation le nécessite.

La concertation entre les acteurs place ceux-ci en coresponsabilité et favorise le décloisonnement des actions et des acteurs. Ce cloisonnement est identifié comme une cause importante de rupture de parcours et de perte de temps.

3. Les parcours de la personne âgée

Il existe trois niveaux de parcours de la personne âgée :



❖ Le parcours simple

La coordination des soins est effectuée par le médecin généraliste. L'accès aux droits, l'information est effectuée par les acteurs sociaux et médico-sociaux de premier recours : CLIC, services sociaux, CCAS... La coordination des acteurs nécessaires au maintien à domicile est effectuée soit par la personne âgée elle-même soit par ses aidants.

❖ Le parcours à consolider

Le médecin traitant reste le coordonnateur des soins mais le maintien à domicile nécessite l'intervention de nombreux acteurs : il revient alors au CLIC de coordonner l'action de ces professionnels et d'assurer l'interface avec la personne âgée et/ou ses aidants. Chaque fois que nécessaire, le CLIC, en s'appuyant sur le médecin traitant, doit veiller également à ce qu'il n'y ait pas de ruptures dans le parcours de santé et donc mobiliser si nécessaire les acteurs professionnels pour que les préconisations médicales soient suivies d'effet ou intervenir lui-même.

Sur les territoires où des plateformes territoriales d'appui existent, des protocoles de coopération entre le CLIC, la MAIA et la plateforme devront être recherchés.

Par ailleurs, la stabilisation du maintien à domicile est l'objectif des travailleurs médico-sociaux du CLIC ; leur accompagnement à domicile doit rester limité dans le temps et, soit cesser lorsque le maintien à domicile est stable ou que la personne âgée intègre un EHAPD, soit donner lieu à une orientation vers la gestion de cas, lorsque la situation apparaît complexe et nécessiter un accompagnement intensif et au long court.

❖ Le parcours complexe :

Le gestionnaire de cas devient alors le référent de la situation. Il s'appuie sur le médecin traitant et, le cas échéant, le mandataire judiciaire de la personne âgée. Son accompagnement s'effectue quel que soit l'environnement dans lequel se trouve la personne âgée (seule exception l'EHPAD après six mois de résidence effective dans l'établissement). A ce titre, il est l'interface entre le domicile et l'établissement hospitalier et est garant des échanges d'information entre la ville et l'hôpital pour les personnes suivies. Il fait partie de l'équipe de soins élargies au sens des articles L 113-3 du Code de l'action sociale et des familles et L1110-12 du Code de santé publique.

LA CONSTRUCTION D'UNE ORGANISATION PARTAGÉE :

L'accueil, l'information, la détection de la fragilité :

L'Agence régionale de santé et le Conseil départemental, partant du constat partagé que prévenir la perte d'autonomie évitable et le non recours aux droits et aux soins passent par une information complète des usagers et par la capacité des professionnels à répondre de manière exhaustive aux demandes exprimées mais aussi à détecter les besoins latents souhaitent :

⇒ La mise en place des guichets intégrés sur les 4 territoires MAIA (annexe 2)

L'évaluation :

Les projets MAIA doivent impulser la culture de l'évaluation multidimensionnelle chez les acteurs concernés du territoire. Les pilotes MAIA s'appuieront sur les changements induits par l'APA 2 (loi n° 2015-1776 du 28/12/15) imposant dans le cadre de l'évaluation des besoins en APA cette évaluation multidimensionnelle et sur le référentiel d'intervention des CLIC, en cours de construction. Ils s'appuieront également sur le référentiel de bonnes pratiques des SSIAD. La mise en œuvre des CPOM avec les établissements médico-sociaux sera également un outil pour affirmer cette culture de l'évaluation multidimensionnelle.

La mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan de service individualisé :

L'évaluation multidimensionnelle donne lieu à un plan de service individualisé. En fonction de la situation de la personne âgée et de ses aidants, les acteurs chargés de la mise en œuvre sont ceux figurant sur le schéma page 5.

La construction du plan de service doit :

- ⇒ Prendre en compte les champs sanitaire, médico-social et social.
- ⇒ Donner lieu, si le parcours doit être consolidé et si il est complexe, à la concertation entre les acteurs, concertation animée par les travailleurs médico-sociaux du CLIC dans le premier cas et, par les gestionnaires de cas, dans le second.
- ⇒ Prendre en compte les choix et souhaits des personnes âgées.

Rôle des principaux acteurs

Le pilote MAIA :

Au niveau des territoires de parcours de vie et de santé :

- Il est le garant de l'organisation du parcours social, médico-social et du parcours de soins.
- Il est responsable de l'amélioration des articulations entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.
- Il anime l'instance territoriale et coordonne l'élaboration du projet de territoire avec l'ensemble des partenaires.
- Il assure la mise en œuvre du guichet intégré sur le territoire dont il a la charge.

- Il anime les groupes de travail sur les thématiques déterminées par la table tactique et la table stratégique.
- Il assure la mise en place de la gestion de cas.
- Il travaille en étroite collaboration avec le cadre CLIC et, le cas échéant, le coordonnateur de la filière gériatrique.

Le cadre CLIC :

- Il participe à l'élaboration du projet de territoire et à sa mise en œuvre.
- Il participe aux groupes de travail sur lesquels sa présence est requise.
- Il participe au recueil des besoins et à l'analyse de l'offre et fait remonter ses données au pilote MAIA.
- Il anime des groupes de travail sur les thématiques en lien avec son champ de compétences : thématiques validées par la table tactique.
- Il met en place l'organisation nécessaire pour constituer la plateforme d'orientation du guichet intégré et en faire le suivi statistique. Ce suivi statistique est transmis au pilote MAIA, tous les 6 mois.
- Il met en place l'organisation nécessaire à l'évaluation multidimensionnelle de la personne âgée, l'établissement d'un plan de service individualisé et à son suivi, en concertation avec les acteurs du territoire.

Le directeur UTAS :

- Il veille à l'articulation entre le projet de territoire de parcours et les projets sociaux de territoire organisés à l'échelle de l'UTAS.
- Il contribue à l'ingénierie de projets en participant à la table tactique de son territoire et en impliquant ses équipes dans les différents projets.
- Il veille à la mobilisation des cadres de service social et de leurs équipes, dans la mise en œuvre du guichet intégré, de l'accompagnement social des personnes âgées, de la participation aux concertations pluridisciplinaires et de la collaboration avec les gestionnaires de cas.
- Il veille à la participation des équipes du service social sur les groupes de travail mis en place par la table tactique.

Le coordonnateur de la filière gériatrique du groupement hospitalier de territoire (GHT Eure-Seine, Pays d'Ouche) :

- Il assure la coordination interne de la filière gériatrique au sein du GHT Eure-Seine, Pays d'Ouche, ainsi que la coordination entre les différents établissements qui le compose pour l'amélioration du parcours hospitalier du patient gériatrique.
- Il participe aux tables tactiques MAIA.
- Il veille, en lien étroit avec le pilote MAIA, à la coordination de l'action des intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux en ce qui concerne la réalisation des soins et le parcours du patient gériatrique : il propose des solutions d'amélioration à la fois à l'instance de pilotage de la filière et aux tables tactiques.
- Il participe aux groupes de travail MAIA pour lesquels sa présence est requise.
- Il associe les pilotes MAIA et les cadres CLIC aux travaux qu'il mène.
- Il communique au pilote MAIA les travaux du GHT et le projet médical partagé concernant le patient gériatrique.

LA MISE EN OEUVRE, LE SUIVI ET L'EVALUATION DU PRESENT PROTOCOLE

Les pilotes MAIA assistent aux réunions trimestrielles, dénommées "Club MAIA" animées par le chargé de mission parcours personnes âgées de l'ARS. Le directeur solidarité autonomie ou son représentant et le cadre référent personnes âgées de la délégation départementale de l'ARS sont associés à ces temps de travail.

Le directeur (ou la directrice) solidarité autonomie, ou son représentant dument mandaté, assiste à la table tactique ainsi que le référent personnes âgées de la délégation départementale de l'ARS.

Afin de coordonner l'action de l'Agence régionale de santé et celle du Conseil départemental dans le cadre du présent protocole et d'en assurer le suivi, une réunion entre le directeur solidarité autonomie, le chargé de mission parcours personne âgée de l'ARS, les pilotes MAIA et les cadres CLIC est organisée deux à trois fois par an.

Enfin une réunion annuelle se déroule entre les représentants des porteurs des projets MAIA et les professionnels cités dans le paragraphe ci-dessus, afin de suivre la mise en œuvre le présent protocole.

MODALITES DE REVISION DU PRESENT PROTOCOLE

Le présent protocole peut être révisé sur proposition d'un des deux cosignataires et après accord des parties.

Signataires

La Directrice générale de l'Agence
régionale de santé de Normandie



Christine GARDEL

Le Président du Conseil départemental
de l'Eure



Pascal EHONGRE