CONSTRUIRE ENSEMBLE LE PARCOURS DE SANTÉ DES AÎNÉS

JEUDI 19 AVRIL 2018 - Draguignan

LES AGORAS
PROVENCE ALPES - CÔTE D'AZUR

CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST

VAR-EST Parcours Santé des aînés
DES ACTEURS COORDONNÉS POUR UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE
Paerpa

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

9h30 - 10h00 : Allocution d'ouverture

Mme Premoselli
Première adjointe au maire de Draguignan

Mme Depallens
Conseiller départemental du Var

M. d'Harcourt
Directeur général de l'ARS PACA

10h00 - 10h20 : Les aînés, une valeur montante

Dr. Bereder
Chef du service de médecine gériatrique
Vice présidente de la CME

CHU de Nice

Centre Hospitalier Universitaire de Nice
UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Evolution de l' espérance de vie de 1789 à 2017 (INSEE)

sexe	1789	1900	1955	1980	1990	1998	2005	2015	2017
M	28	45	65	70,2	72,7	74,6	76,8	78,2	79,5
F	28	49	72	78,4	80,9	82,2	83,9	85,1	85,4

Année	1775	1946	1990	2005	2020
% sujets > 60 ans	7 %	16%	19%	21%	28%

En **1950**, à 60 ans, on vivait en moyenne **16 années**.

En **2013,** on vit, après 60 ans, en moyenne **26 ans**.

Pendant longtemps, la retraite fut le début de la fin de la vie. C'est devenu aujourd'hui le début d'une nouvelle vie. Une vie qui peut durer 20, 30, 40 ans et plus si affinités.

Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population Luc BROUSSY – Janvier 2013

Sujets de 80 ans : 25% ⇨ 100 ans

Région PACA

Près de 600 000 habitants de 65 ans ou plus supplémentaires d'ici **2050**

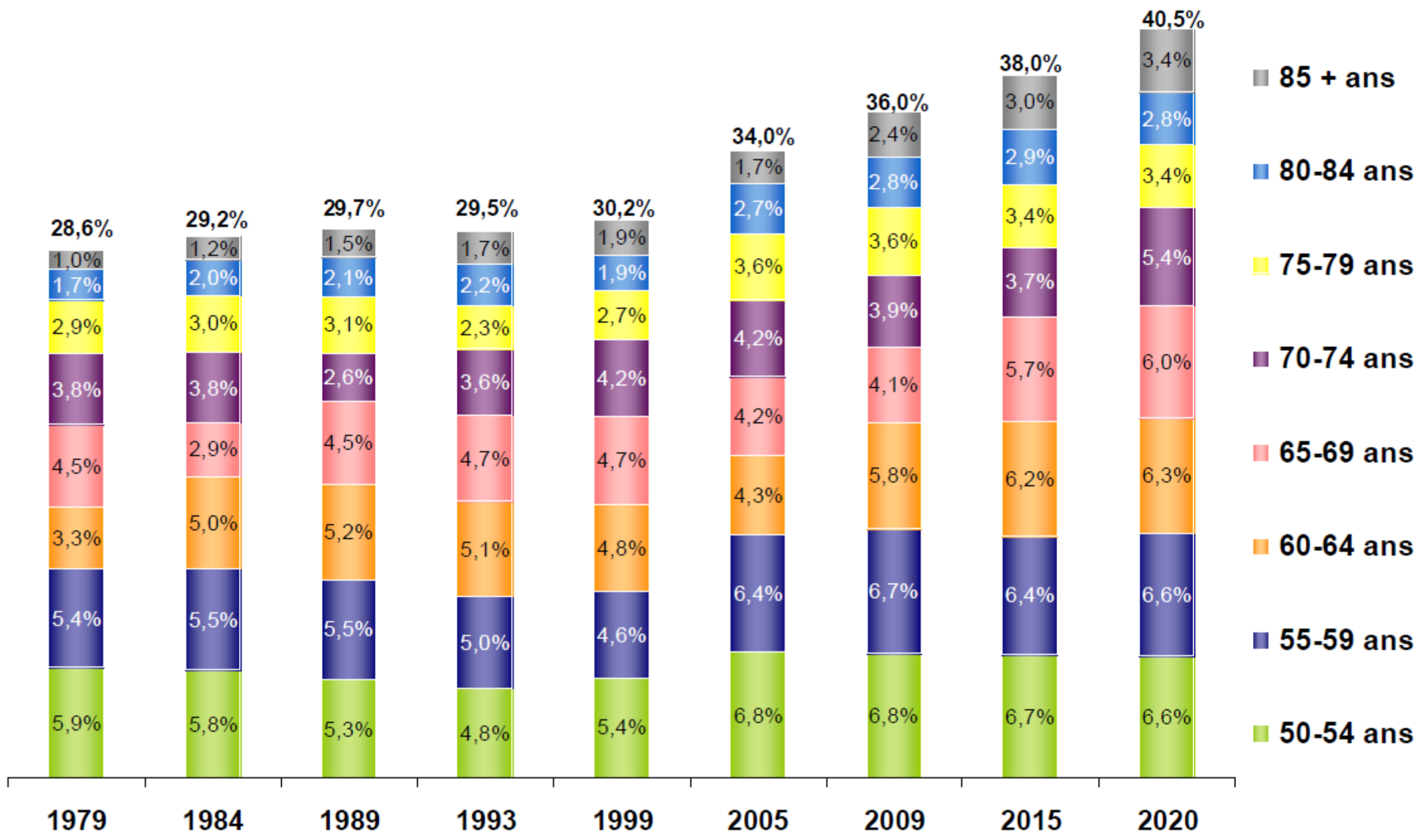
	population en 2013	population en 2050	évolution en volume	évolution en %	évolution annuelle en %
0-19 ans	1 133 600	1 100 500	-33 100	-2,9%	-0,1%
20-64 ans	2 799 200	2 608 100	-191 100	-6,8%	-0,2%
65 ans ou plus	1 020 800	1 619 700	598 900	+58,7%	1,3%
dont 75 ou plus	519 700	999 100	479 500	+92,3%	1,8%
dont 85 ou plus	165 000	407 700	242 700	+147,1%	2,5%
Ensemble	4 953 700	5 328 300	374 700	+7,6%	0,2%

Source : Omphale 2017, scénario central

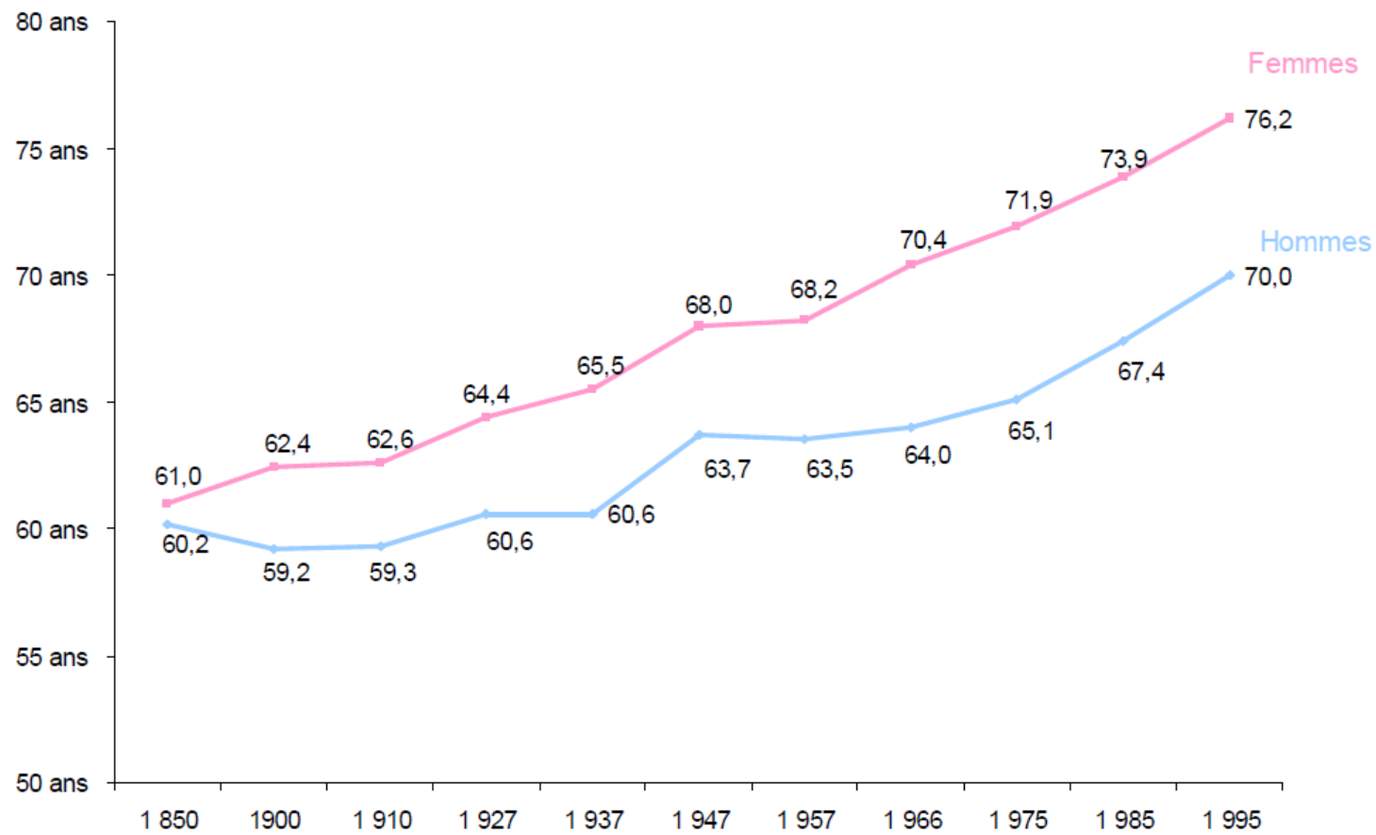
Part des **65 ans ou plus** par département **en 2013 et 2050**

	2050	2013
Provence-Alpes-Côte d'Azur	30,4	20,6
Alpes-de-Haute-Provence	35,5	23,0
Hautes-Alpes	36,4	21,2
Alpes-Maritimes	31,9	22,6
Bouches-du-Rhône	26,8	18,2
Var	33,9	23,3
Vaucluse	30,7	19,4

Source : Omphale 2017, scénario central 2013-2050

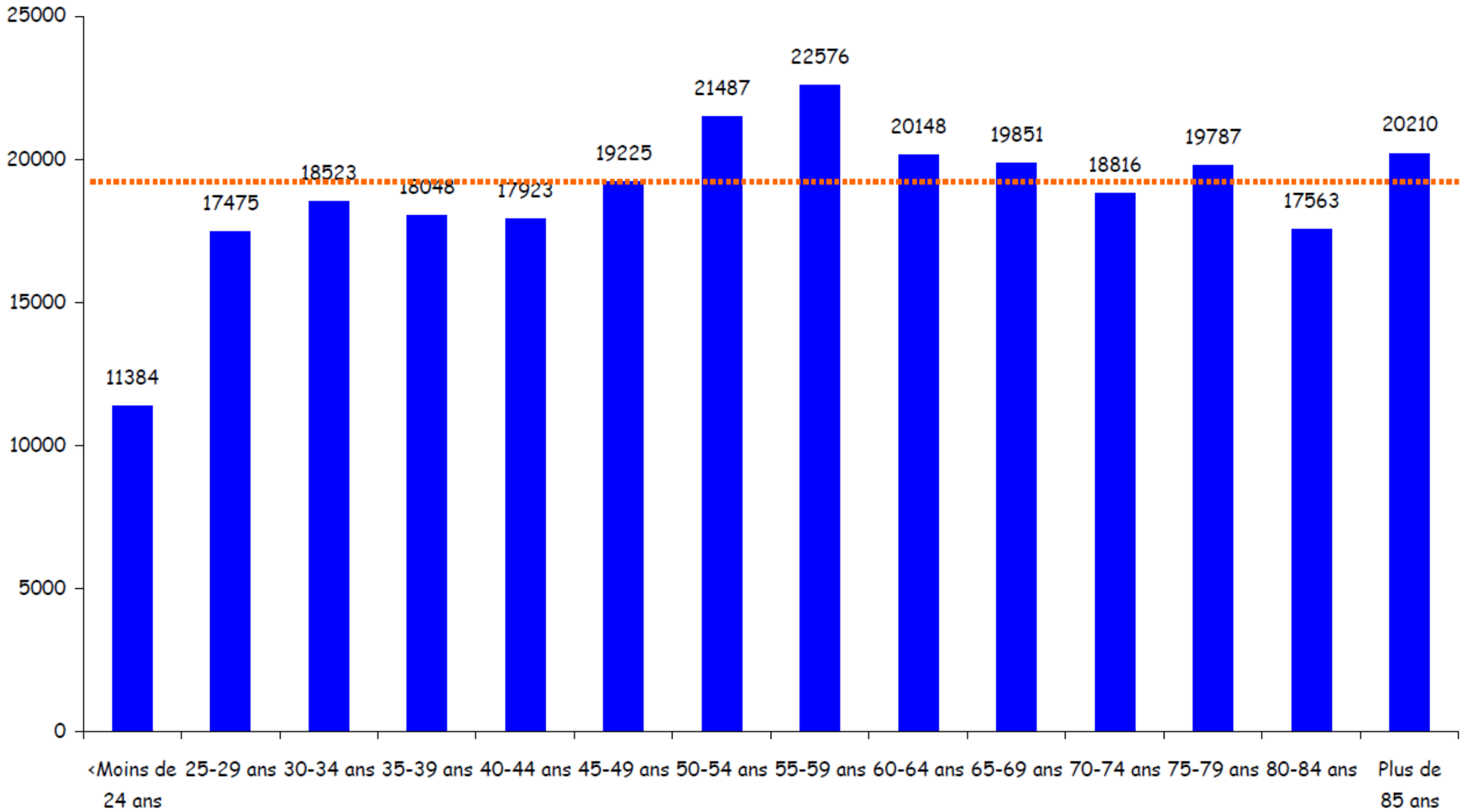


Source : INSEE



Source : Bourdelais P., « un seuil évolutif d'âge de la vieillesse : approches comparées France-Suède », Annales de démographie historique, 1996

Niveau de vie moyen selon l'âge de la personne

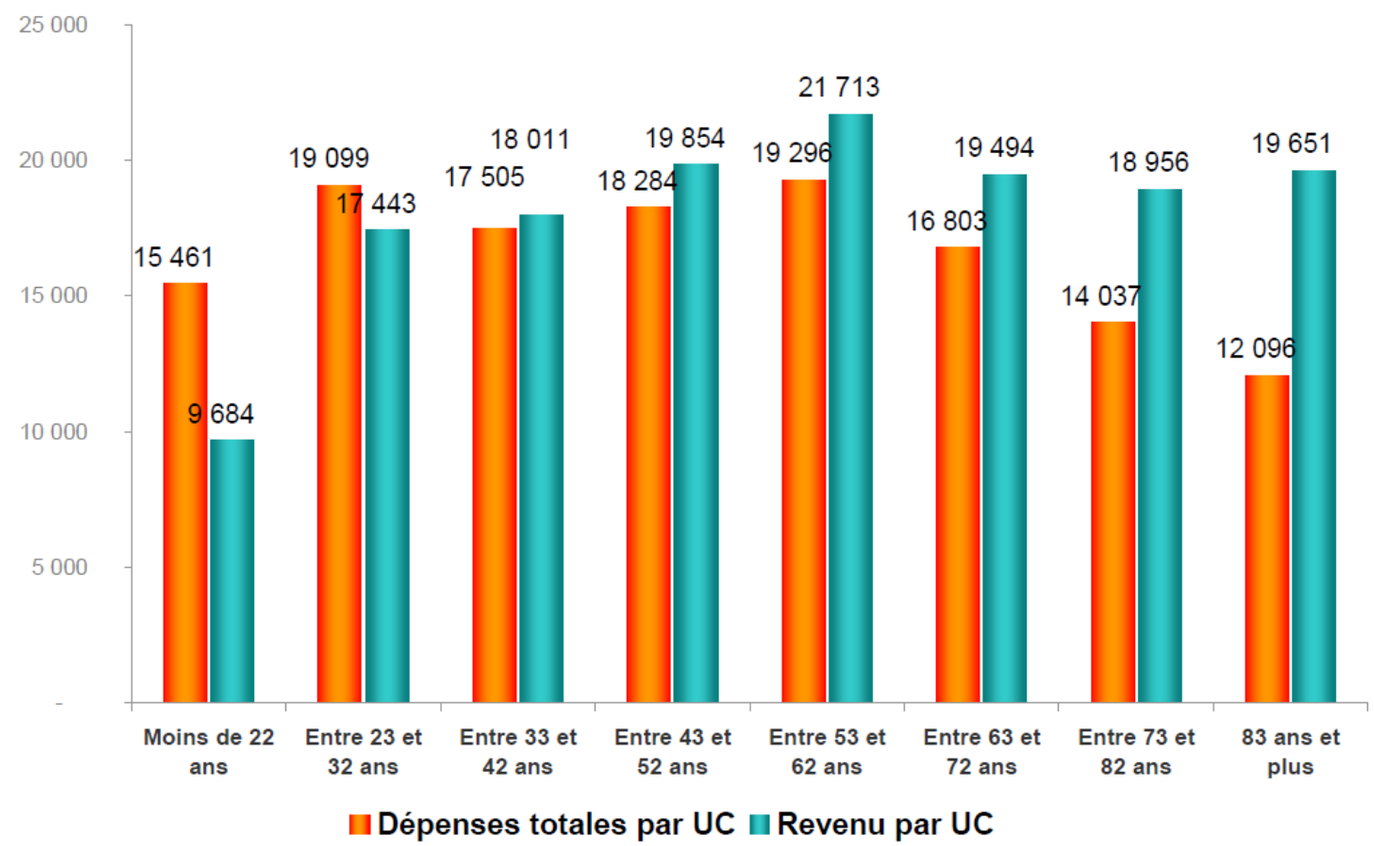


Source : CRÉDOC, d'après Insee, Enquête budget des familles, 2006

Les séniors sont des consommateurs

- Ces nouvelles générations de séniors **consomment plus** au même âge **que les générations précédentes** mais **moins** que les générations qui **suivent.**

- La **baisse de la consommation** est très forte **après 65 ans.**



EFFETS DE GENERATIONS, D'AGE ET DE REVENUS SUR LES ARBITRAGES DE CONSOMMATION
Fanette RECOURS Pascale HEBEL Raphaël BERGER
CAHIER DE RECHERCHE N°258
DÉCEMBRE 2008

Causes de la chute de la consommation:

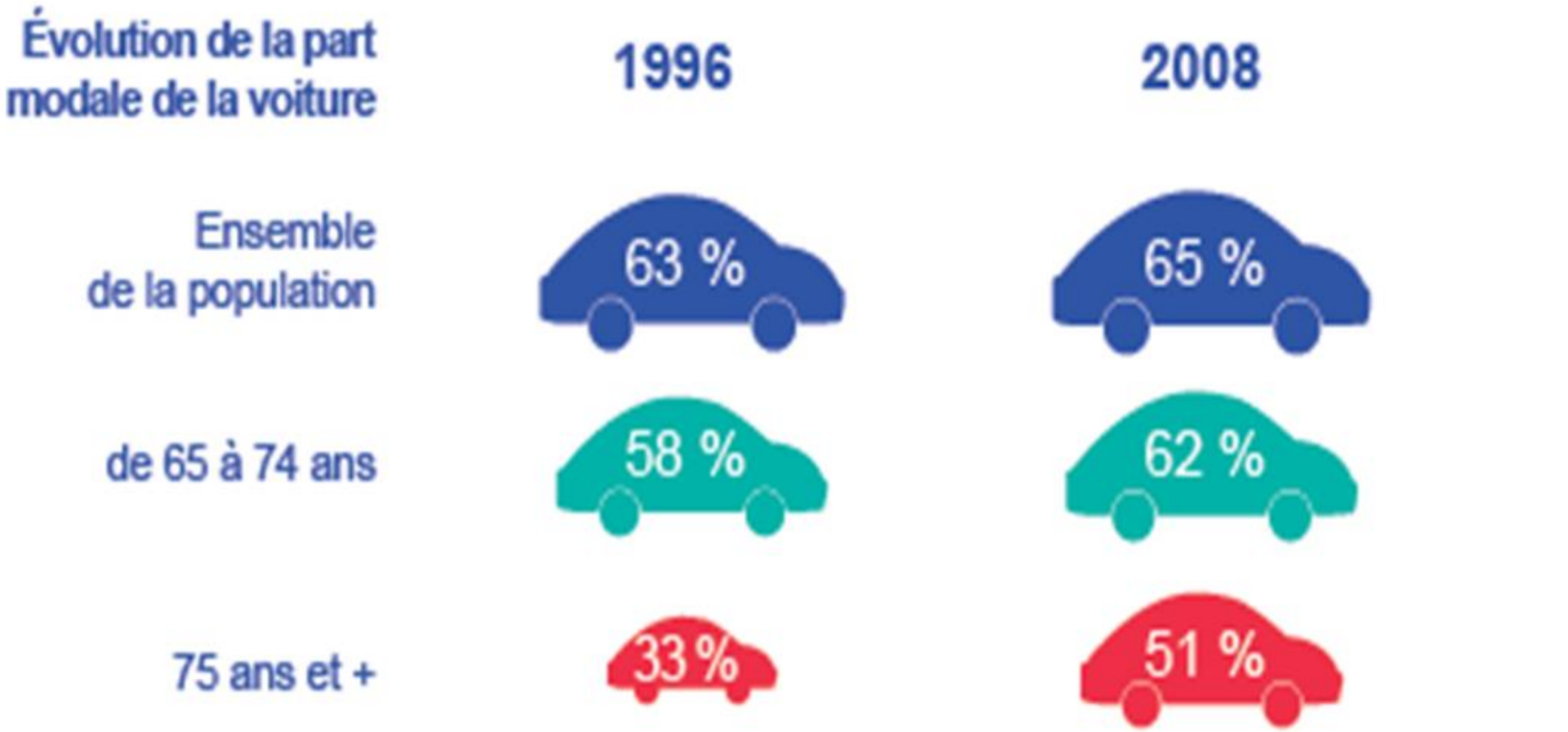
- La **perte de mobilité** : transport et loisirs, soins de beauté et de l'alimentation, secteurs nécessitant un déplacement pour accéder aux commerces.
- **l'accumulation**
- **l'incompréhension**
- **l'inadaptation des produits et services**

Les **personnes connectées à Internet ont des dépenses de consommation plus élevées** que les autres.

- Lien social=bien vieillir

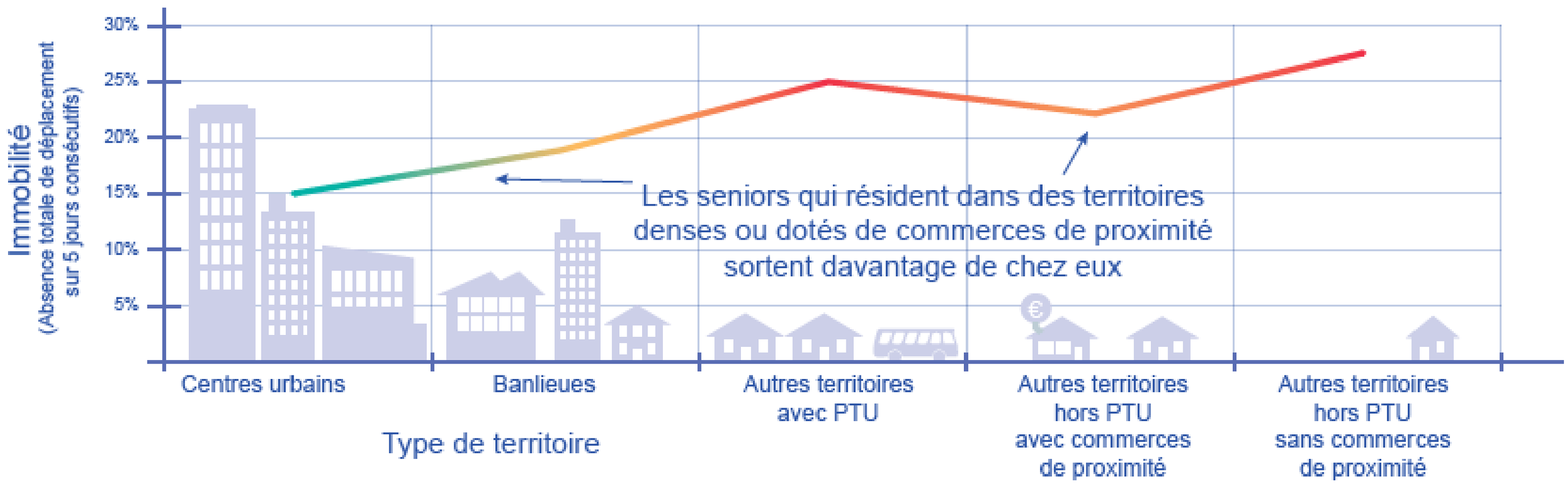
CRÉDOC - Pascale Hébel

Évolution de la mobilité des ainés



En 20 ans, l'utilisation de la voiture individuelle a explosé chez les 75 ans et +. Elle devient leur principal mode de déplacement.

Ref: www.wimoov.org



Ref: www.wimoov.org

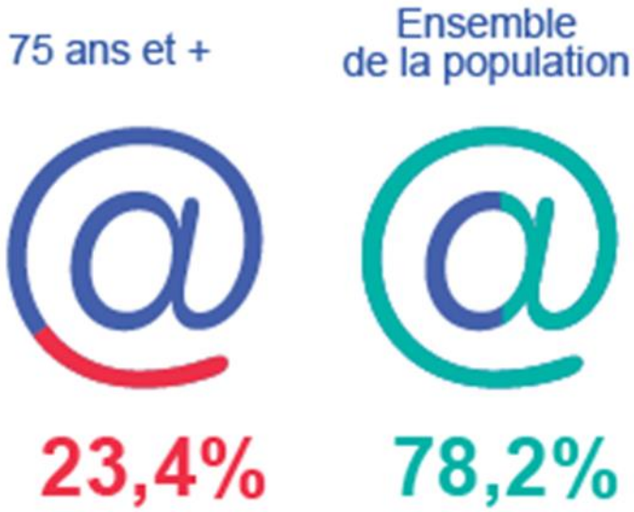
Des seniors plus présents sur les réseaux sociaux, mais aussi plus ouverts

Ces dernières années, les réseaux sociaux ont vu de plus en plus de « Silver Surfeurs » compter parmi leurs utilisateurs assidus. Les utilisateurs de Facebook, par exemple, sont de plus en plus âgés. En effet, d'après une étude iStrategylabs, la part de seniors de plus de 55 ans inscrits sur Facebook a augmenté de 80% en 3 ans, atteignant 15,6 tandis que **celle des adolescents (13-18 ans) a reculé de 25%**.

Opportunités du numérique

21%

des seniors qui possèdent un smartphone ou une tablette **ne savent pas télécharger une application**

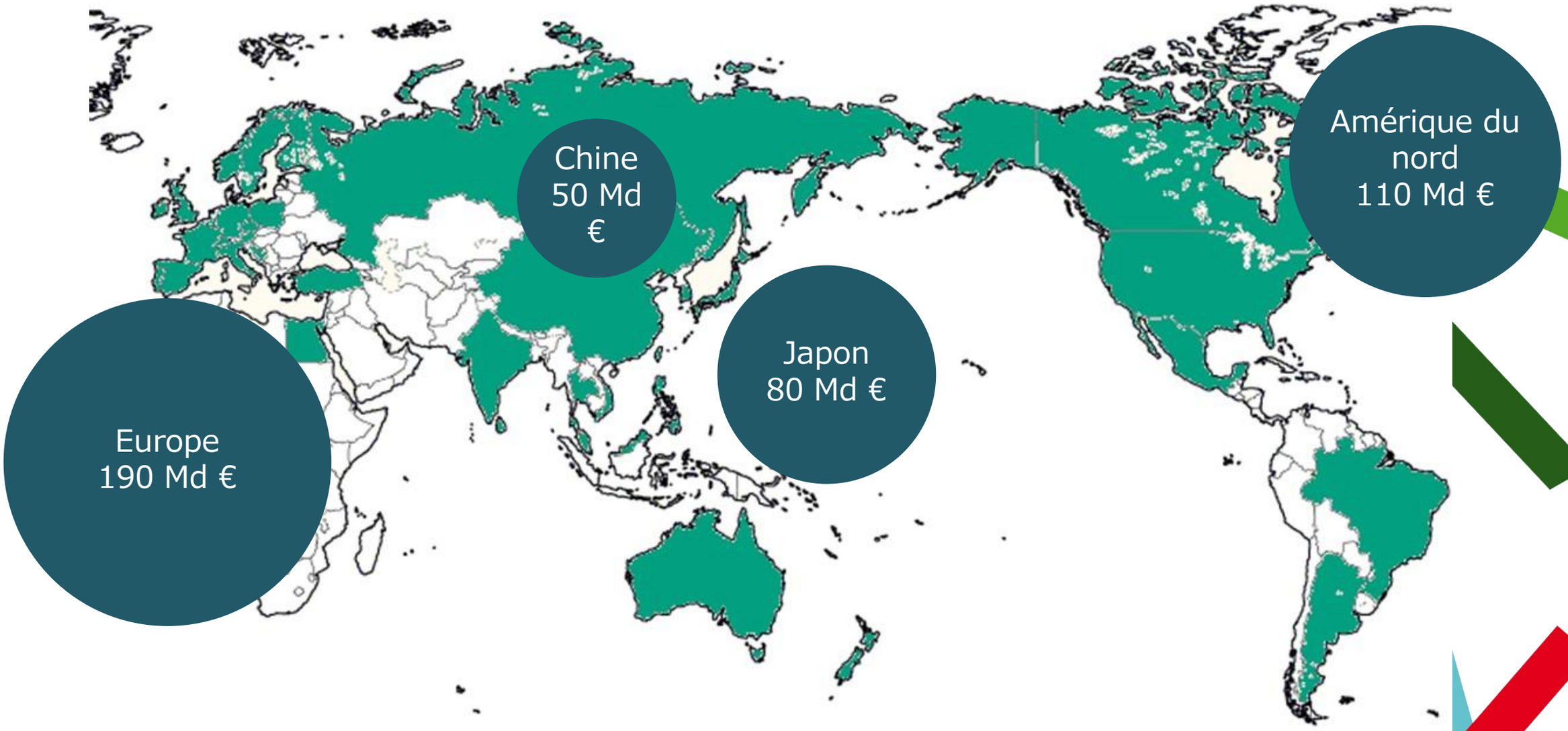


En 2012, **seuls 23,4%** des 75 ans et + disposaient d'Internet à la maison

La Silver économie va créer encore de nombreux emplois dans le domaine de la santé, du médico-social et du service à la personne, notamment des postes d'assistantes de vie ou des gestionnaires de cas (care manager).

Les rapports officiels parlent de **350.000 emplois** créés entre 2010 et 2020 (Source DARES mars 2012).

Marché des soins des personnes âgées dans le monde



Le marché des soins des personnes âgées représente 500 Md €
Le coût des soignants représente 350 Md€

©2018 Triple W Japan All Rights reserved

CIUSanté

www.ciusante.org

Centre d'Innovation et d'Usages en Santé

Cette filière, ne concerne pas uniquement la santé,

Création de nombreux emplois trop souvent oubliés à **forte valeur ajoutée** dans l'ensemble des **secteurs industriels** (habitat, assurance, urbanisme, communication, numérique, transport, automobile).

Trop souvent un regard focalisé sur la dépendance.

Ces emplois seront les emplois **des générations de demain** qui concerneront des profils d'ingénieurs, commerciaux et designers ayant une connaissance des **usages et des spécificités liées aux modes de consommation des seniors**.

Les 3 enjeux de l'avance en âge

Maladies chroniques incapacitantes

Prévention

Prévention sociale

Fragilité

Perte d'autonomie

Hébergement

(Domicile, EHPAD, USLD)

Plateformes de service

Maladies intercurrentes

Télésanté

Les enjeux: bien vieillir

Évolution des limitations fonctionnelles entre 2007 et 2014

		60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans ou plus
Femmes	Au moins une LF	-15%	-25%	-21%	-13%	-9%	-4%	-1%
	LF cognitive	-31%	-36%	-36%	-18%	-16%	-9%	-14%
	LF physique	-9%	-24%	-18%	-14%	-9%	-2%	1%
	LF sensorielle	-31%	-26%	-32%	-24%	-12%	-11%	-10%
	Maladie chronique	-6%	-9%	-6%	-3%	-7%	1%	0%
	Score VQS ≥40	-10%	-23%	-26%	-20%	-17%	-6%	-7%
Hommes	Au moins une LF	-4%	-16%	-18%	-12%	-6%	-5%	0%
	LF cognitive	-11%	-27%	-22%	-15%	-13%	-3%	-14%
	LF physique	11%	-11%	-17%	-13%	-8%	-5%	-3%
	LF sensorielle	-15%	-19%	-22%	-18%	-10%	-13%	-6%
	Maladie chronique	3%	3%	-2%	-1%	-1%	-3%	-6%
	Score VQS ≥40	42%	-6%	-20%	-16%	-15%	-10%	-16%

Sources > Enquêtes Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DREES.

Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des patients âgés

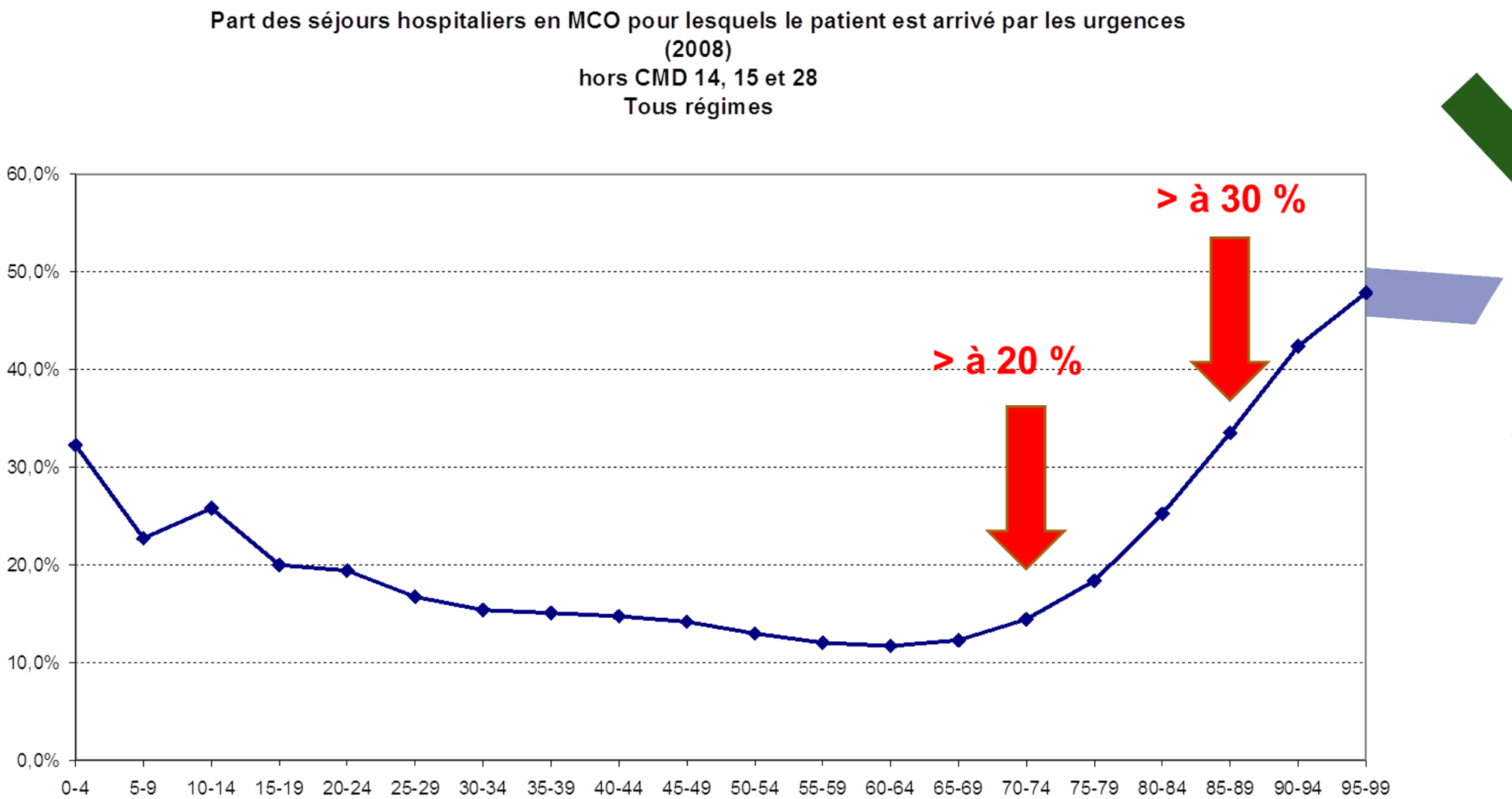
Hospitalisation des patients âgés – Prévenir la dépendance iatrogène

14.11.2017

EN ÉTABLISSEMENTS

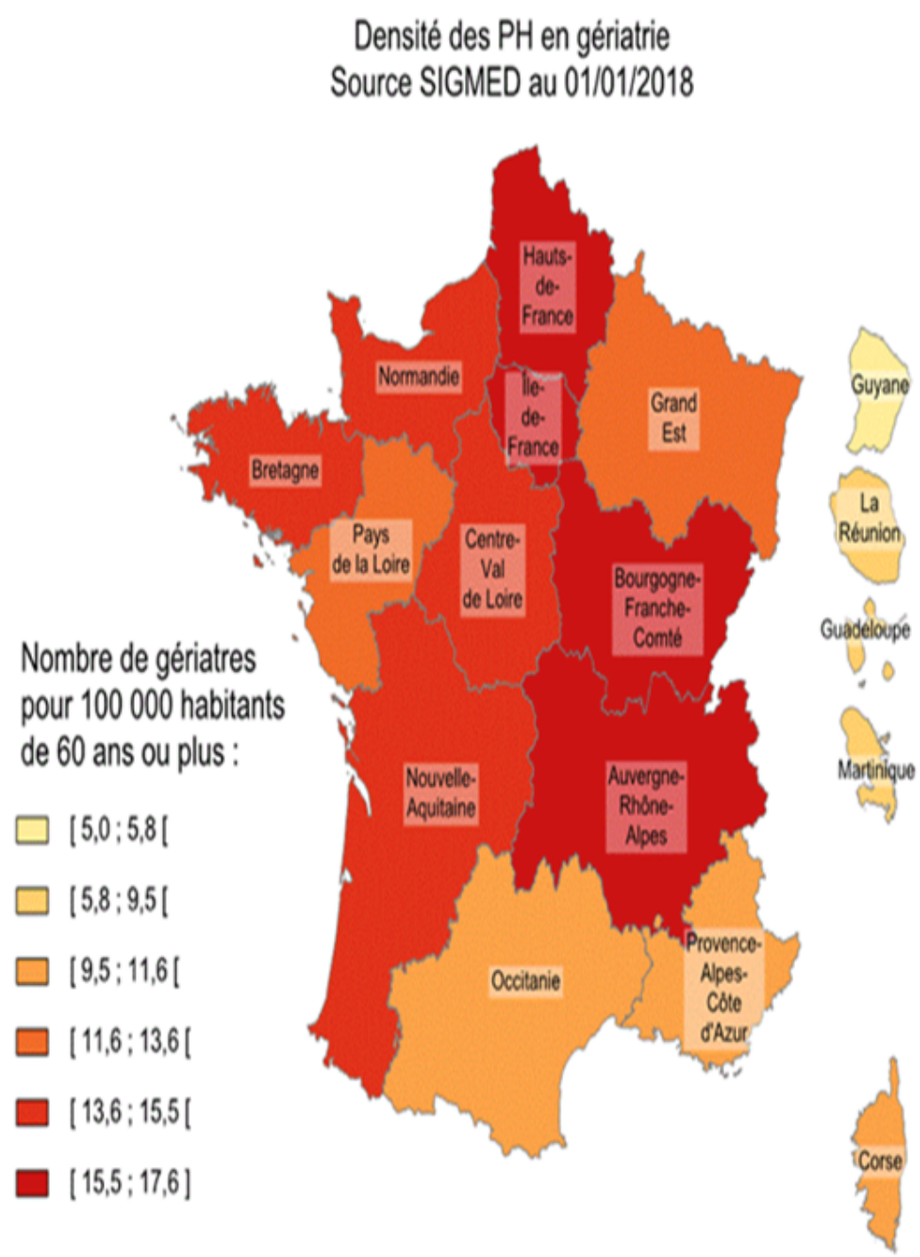
Tags : Gériatrie | Organisation des soins | Qualité et sécurité des soins

Part des séjours hospitaliers pour lesquels le patient est arrivé par les urgences



Sources ATIH, DRESS, CNAM

Régions	PH temps plein		PH temps partiel		Total PH effectifs rémunérés	Densité des PH (p. 100 000 habitants, tous âges confondus)	Densité des PH (p. 100 000 habitants de 60 ans ou plus)
	Effectifs rémunérés	%	Effectifs rémunérés	%			
Auvergne-Rhône-Alpes	292	13,5	22	13,3	314	4,0	16,3
Bourgogne-Franche-Comté	125	5,8	11	6,7	136	4,8	17,3
Bretagne	123	5,7	9	5,5	132	4,0	14,8
Centre-Val de Loire	99	4,6	2	1,2	101	3,9	14,3
Corse	9	0,4	1	0,6	10	3,1	10,7
Grand Est	169	7,8	12	7,3	181	3,3	13,1
Hauts-de-France	213	9,8	12	7,3	225	3,7	16,7
Île-de-France	359	16,6	49	29,7	408	3,4	17,6
Normandie	122	5,6	4	2,4	126	3,8	14,5
Nouvelle-Aquitaine	228	10,5	13	7,9	241	4,1	14,1
Occitanie	159	7,3	11	6,7	170	2,9	10,7
Pays de la Loire	110	5,1	7	4,2	117	3,1	12,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	136	6,3	10	6,1	146	2,9	10,5
France Métropolitaine	**2 144**	**98,9**	**163**	**98,8**	**2 307**	**3,6**	**14,4**
Guadeloupe	6	0,3	0	0,0	6	1,5	6,7
Guyane	1	0,0	0	0,0	1	0,4	5,0
Martinique	7	0,3	1	0,6	8	2,1	8,5
La Réunion	9	0,4	1	0,6	10	1,2	7,9
Ensemble DOM-COM	**23**	**1,1**	**2**	**1,2**	**25**	**1,2**	**7,3**
France entière	**2 167**	**100**	**165**	**100**	**2 332**	**3,5**	**14,3**



CONCLUSION: les ainés une valeur montante
Favoriser le bien vieillir

- **valoriser l'importance de tous les âges dans la société**
  - Maintenir/développer des **relations sociales**
- Actions de **prévention de la santé +++ et de promotion de l'activité physique,** faciliter l'accès au système de santé
- Faciliter la **mobilité autonome** : adapter les villes
- Aider à **l'adaptation des logements** : haut débit, domotique
- En cas d'hospitalisation lutter contre **dépendance iatrogène**

10h20 - 10h50 : Le programme national PAERPA

M. Farnault

Chef de projet national PAERPA

Direction de la Sécurité Sociale

10h50 - 11h15 : La Démarche parcours de santé des aînés du Var-Est

Dr. Pulvenis

Chef de projet PAERPA

Délégation départementale du Var à l'ARS Paca

Plan

I. La démarche Parcours de santé des Aînés

II. Le programme sur le territoire Var-Est

I. La démarche Parcours de santé des Aînés

Les personnes âgées ≥ 75 ans : chiffres clés

- **33% PA hospitalisées au moins 1 fois/an (2010)**
  - **44% hospitalisées via les urgences**
  - 18% réhospitalisées dans les 30 jours
- **47% taux de recours aux urgences**
  - 14% des passages aux urgences (6h/3h30)

- Après une hospitalisation, **risques de dépendance nosocomiale**
  - X **25** le risque de **devenir dépendant à la toilette**
  - X **60** le risque de **développer des incapacités permanentes**

- **Programmes d'accompagnement post-hospitalisations positifs**
  - 20 à 45% le taux de réadmission à 30 jours
  - 20 à 50% le recours aux services d'urgence
  - 10 % DMS

La démarche Parcours de santé des Aînés (dite PAERPA) sur le VAR EST

- 2 objectifs stratégiques :
  - **Améliorer la continuité et la qualité du parcours de santé des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA)**
    Garantir les bons soins, au bon moment, au bon endroit, par les bons professionnels, le tout au meilleur coût
  - **Prévenir la perte d'autonomie et éviter les ruptures de parcours**

- 3 leviers essentiels :
  - **Décloisonnement** des secteurs
  - **Coordination** des professionnels
  - **Anticipation** des situations à risques de ruptures évitables et prévention

Les grandes étapes du projet

Cadrage du projet	Diagnostic territorial	Feuille de route	Mise en œuvre de la feuille de route	Evaluation
Sept. – oct. 2016	*Sept. – nov. 2016*	*Oct. – déc 2016*	*Déc. 2016 – déc. 2018*	*Déc. 2016 – déc. 2018*
2 mois	*3 mois*	*3 mois*	*25 mois*	*25 mois*
Installation de la gouvernance	• Analyse des données quantitatives et qualitatives • Mobilisation des acteurs • Mise en place de groupes de travail thématiques	Validation des moyens financiers nationaux et régionaux	• Déploiement des actions • Signature des conventions	Suivi des indicateurs nationaux et régionaux

Les instances de pilotage et de coordination

Niveau régional

CCOP régionale
(Commission de Coordination de l'Offre de Proximité)
Articuler les différentes politiques et financer des projets d'exercice coordonné

Niveau départemental

CCOP départementale
Définition et suivi d'une feuille de la route commune CD/ARS/CPAM des parcours de santé complexes
ARS, CD, CPAM, URPS ML, CDOM
Comité stratégique départemental PAERPA (CCOP élargie)

Conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie

Lien avec le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire

Niveau territorial

COPIL PAERPA/CTA
Pilotage opérationnel : mise en œuvre et suivi du plan d'actions

COMOP
Observatoire des ruptures de parcours

Le territoire Var-Est

Fort vieillissement de la population

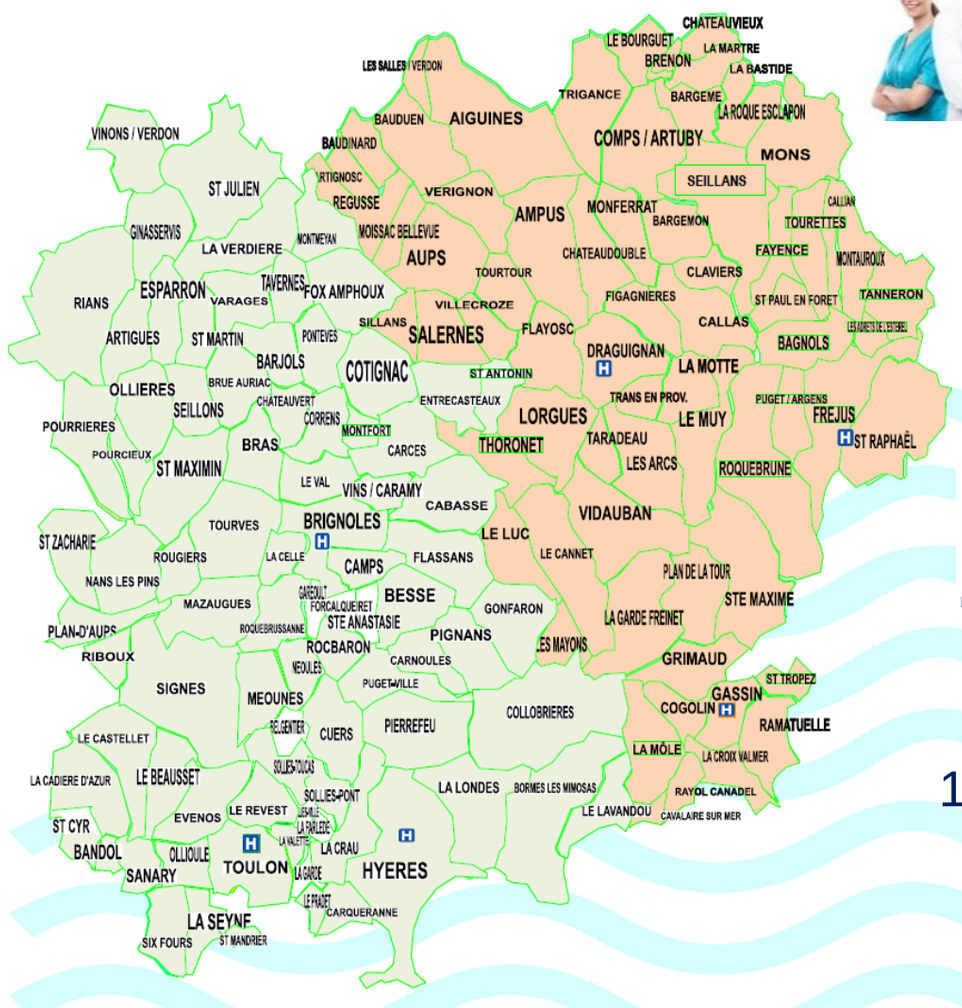
68 communes
320 000 habitants

40 000 PA
≥ 75 ans (12,5%)

Indice de vieillissement des ≥ 65 ans : 121

38% vivent seules

6 600 bénéficiaires de l'APA
61% à domicile
39% en Et



1 726 professionnels de santé libéraux
(300 MG, 915 IDEL, 102 pharmaciens, 437 MK)

1 CTA
2 MAIA, 2 CLIC

7 ES dont 3 SAU
2 filières gériatriques

42 % de recours aux urgences
701 séjours MC pour 1000 PA
18% de ré-hospitalisation à 30 jours
51% d'hospitalisations non programmées

7,3 consultations et visites de MG par PA

21% des PA **prend + de 10 molécules ≠**

II. Le programme sur le territoire Var-Est

Le parcours des Aînés : objectifs opérationnels (1)

1. Renforcer le maintien à domicile

- **Equipes mobiles à domicile : gériatriques et psycho-gériatriques**
  - Evaluations et orientations médicales/paramédicales
  - Bilan de réaménagement du domicile par un ergothérapeute

283 bénéficiaires **EMGEH** (M+6)
52 bénéficiaires **EMPSA** (M+5)
134 bénéficiaires **ergothérapeute** (M+6)

- **Activation en urgence de services médico-sociaux**
  - Aide à domicile et/ou portage de repas dans les 4h
  - Séjour temporaire en chambre relai EHPAD dans les 24h (T2 2018)

0 bénéficiaire (M+5)

- **PPS (Plan Personnalisé de Santé)**
  - Plan d'actions personnalisé, de soins et d'aides, élaboré par les professionnels de proximité, coordonnés
  - Avec accord de la PA et aide CTA si nécessaire

69 PPS initiés (M+8)

Age moyen : 84 ans
±6 actions/PPS

Le parcours des Aînés : objectifs opérationnels (2)

2. Faciliter l'accompagnement et la prise en charge des PA par le soutien aux professionnels

- **CTA (Coordination Territoriale des Aînés) Var Est** : plateforme téléphonique d'information, d'orientation et de coordination pour les professionnels, en appui des situations complexes – portée par le CH Dracénie depuis mai 2017

Missions de la CTA

1 500 sollicitations
38% par les ES
18% par les TS de ville
17% par les PSL
14% par les familles

2 300 interventions CTA
57% appui à la coordination
43% information et orientation
6% appui à la gestion du PPS

⇨1/2 MG impacté (150 MG)
⇨ 106 IDEL, 15 kinés, 5 pharmaciens impactés

4 comités opérationnels
Clarification des rôles de chacun + proposition d'évolution des pratiques

450 expertises activées
Gériatriques, ergothérapie et psycho-gériatriques

⇨ 580 PA ont bénéficié d'une intervention de la CTA

Le parcours des Aînés : objectifs opérationnels (3)

3. Réduire les hospitalisations évitables et améliorer l'interface ville-hôpital

- **Consultations gériatriques hospitalières à délai court**

  16 consultations (M+9)

- **Repérage de la fragilité à partir des urgences**

  204 signalements SAU (M+9)

- **Numéro gériatrique direct** pour les médecins généralistes
- **Sortie d'hospitalisation sécurisée**

  50 bénéficiaires PRADO PA (M+4)

- **Astreintes IDE de nuit mutualisées** entre plusieurs EHPAD

  143 appels (M+9)
  32 hospitalisations évitées

Le parcours des Aînés : objectifs opérationnels (4)

4. Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours

- **Actions de prévention** sur les 4 facteurs de risque principaux (dénutrition, dépression, chutes et iatrogénie)

  x3 (63 nouveaux programmes)

- **Repérage des personnes âgées à risque** (formations SAAD/SSIAD – cible : 460 professionnels)

  77 professionnels formés (M+2)

Le parcours des Aînés : objectifs opérationnels (5)

5. Doter les professionnels d'un système d'information adapté

- **Messagerie sécurisée** (MSSanté) **58% des MG disposent d'une MSSanté**
- **Dossier Médical Partagé** (DMP) – 2018 (piloté par la CPAM)
- **Développement de services numériques** d'appui à la coordination ergonomique et mobile (projet e-parcours)

6. Mobiliser les acteurs du territoire

- **Actions de sensibilisation et de communication**
  + 500 professionnels informés
- **Formations pluri-professionnelles pour les PSL** – 2ème semestre 2018

Le premier bilan après 18 mois

Forte mobilisation des acteurs

➢80% de la feuille de route réalisée

Réflexion globale sur le parcours d'un public cible

- Changement de paradigme : parcours de soins -> parcours de santé (prévention, soin, ambulatoire…)
- Prototype de démarche parcours applicable à d'autre population (PTA)

Décloisonnement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux

- Engagement des partenaires : URPS ML/ IDEL/ pharmaciens/MK, CD, CPAM, CARSAT
- Action de la CTA de coordination des professionnels
- Accès à des expertises mobiles au domicile

Meilleure lisibilité des dispositifs de coordination

- Numéro unique pour les professionnels
- Convergence des dispositifs de coordination CTA/2 MAIA
- Stratégie de communication

Evolution des pratiques professionnelles

- Accès aux expertises gériatriques et psycho-gériatriques au domicile
- Formations pour les professionnels du domicile au repérage
- Sécurisation de la sortie d'hospitalisation

Axes d'amélioration :

Anticiper les situations à risque de ruptures évitables ; soutenir les aidants au domicile ; Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse ; télémédecine en EHPAD; Soins dentaires adaptés

Les perspectives

- **Evolution de la CTA Var Est vers une PTA tout public** (2019)
- **Extension de la démarche PAERPA au Var-Ouest**
- **Déploiement des SI de coordination** (e-parcours – 2017 à 2021)
- **Poursuite de la dynamique d'expérimentations**
  - **Au niveau régional :**
    - Mise en œuvre du Plan régional de santé II - 2018 à 2022 (expérimentations : SSIAD à horaires élargis, PASA de nuit …)
  - **Au niveau national :**
    - Poursuite des expérimentations ou intégration dans le droit commun selon l'évaluation nationale
    - Expérimentations de nouveaux modes d'organisations et de financement (LFSS 2018)

11h15 - 11h45 : Parcours et exercice décloisonnée en médecine libérale

Dr. Saccomano
Président

URPS médecins libéraux Paca

11h45 - 12h45 : Table ronde sur le maintien à domicile : quels nouveaux outils sur le Var-Est ?

Modératrice : Dr. Pulvenis

La coordination territoriale des aînés (CTA) Var-Est :

Dr. Piano - Pilote de la CTA

Les plans personnalisés de santé (PPS) :

Dr. Chili - Médecin généraliste, UPRS médecins libéraux Paca

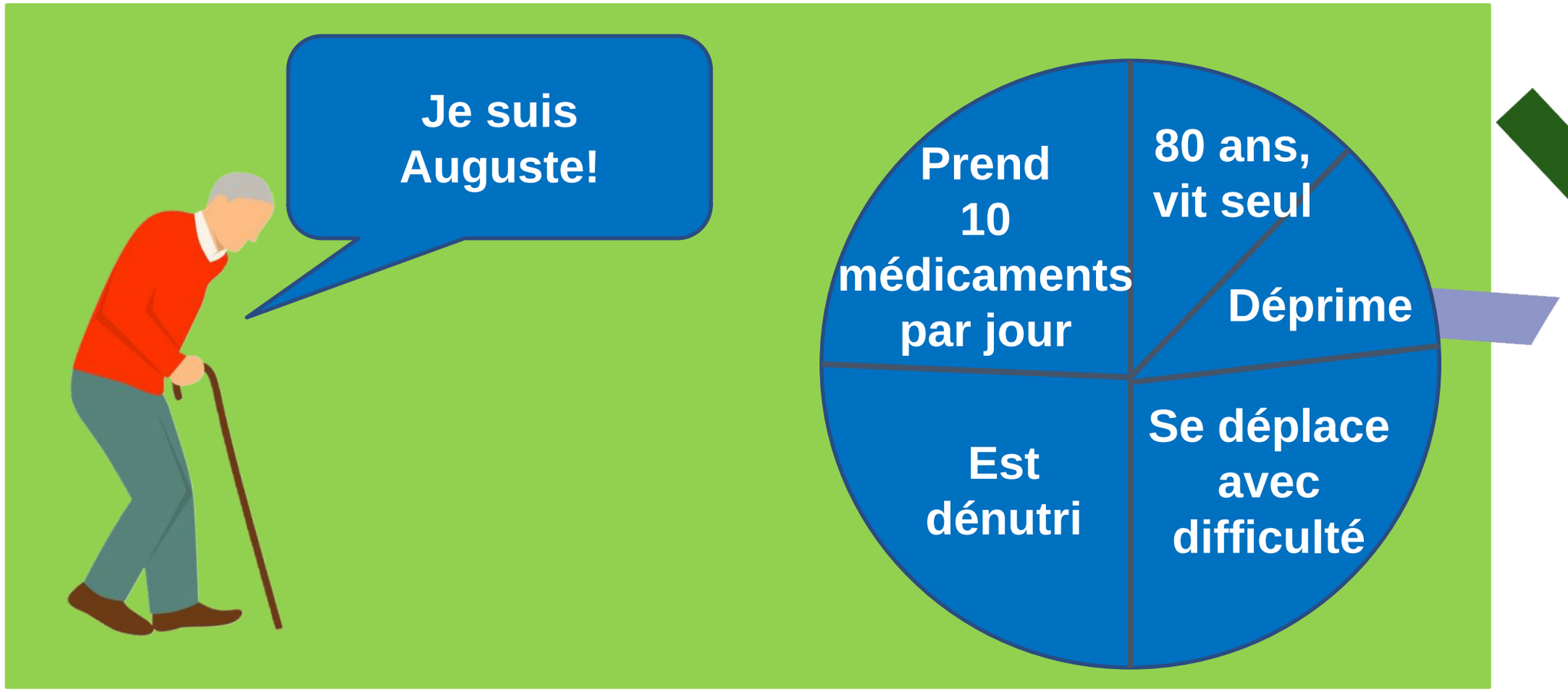
L'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière :

Dr. Kaidomar - Chef du pôle gériatrie, CHI de Fréjus-Saint-Raphaël

L'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé :

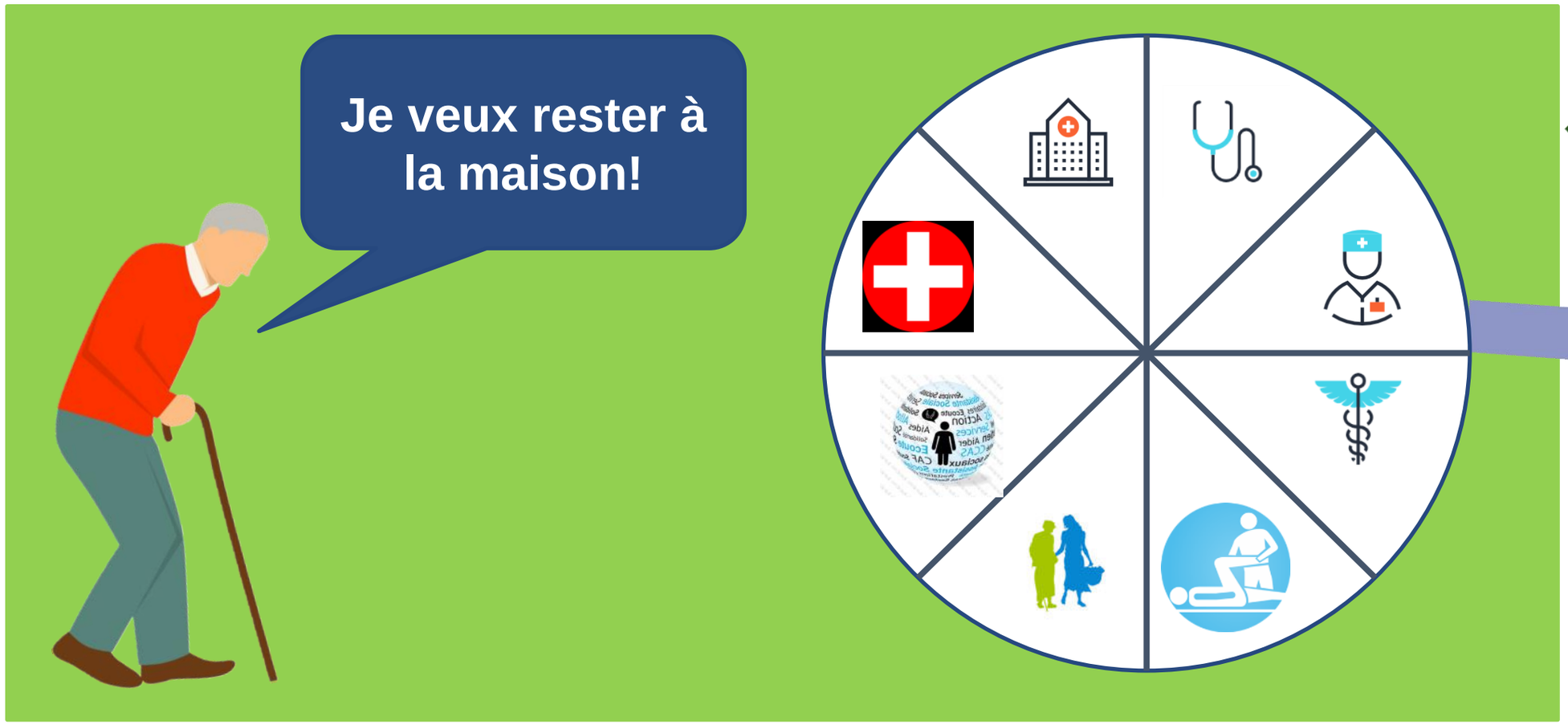
Dr. Boyer - Psychiatre coordinateur, CHI de Fréjus-Saint-Raphaël

CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST



Ces 4 facteurs de risques sont responsables de 20 à 50% des passages aux urgences!

CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST



La CTA aide au décloisonnement entre les professionnels de santé et du social!

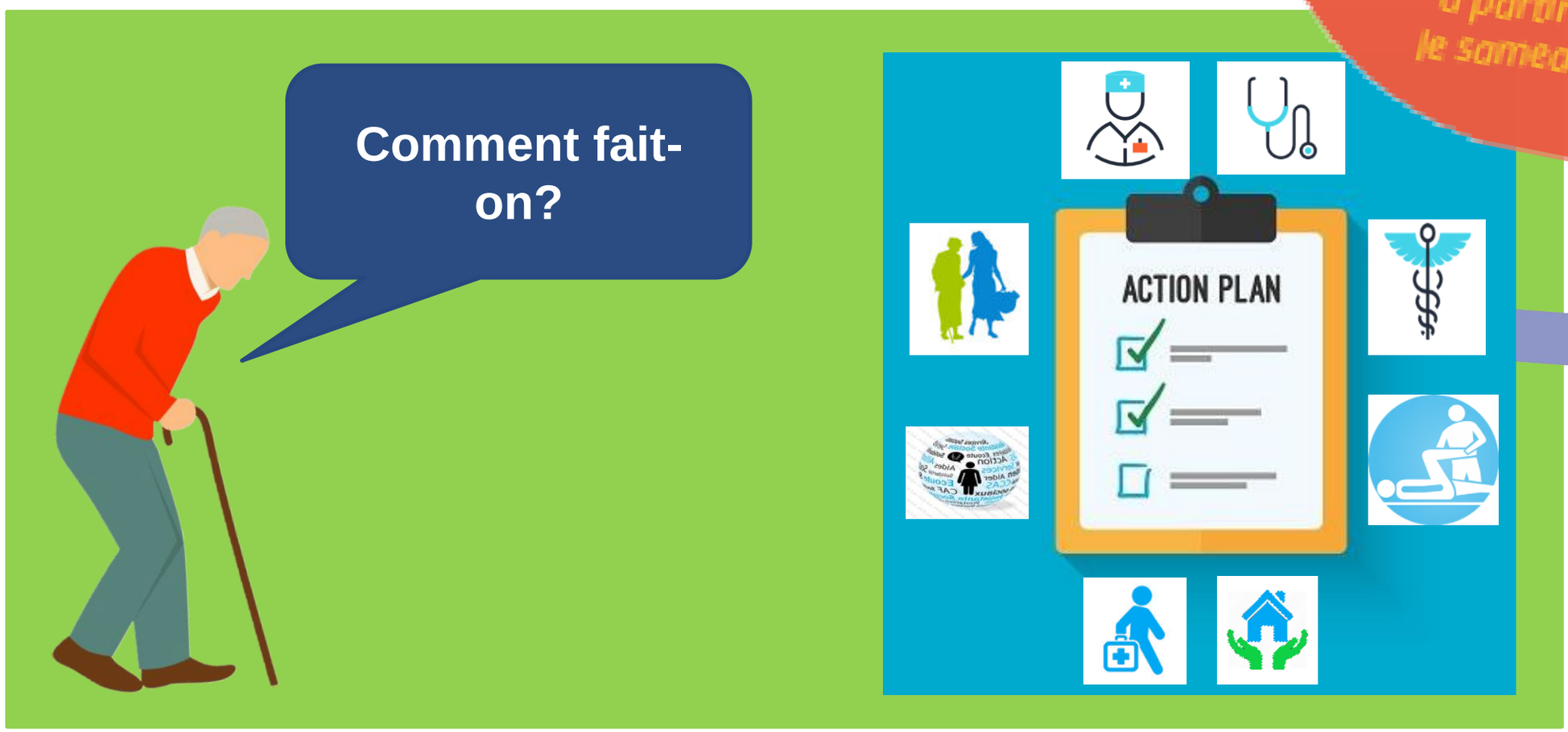
CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST

Je recherche les infos dont vous avez besoin
Je vous aide à trouver les professionnels pour constituer la coordination clinique de proximité
Je renforce les mesures de maintien à domicile

La CTA informe et oriente les professionnels de santé et du social!
LA CTA active des prestations et des services d'appui

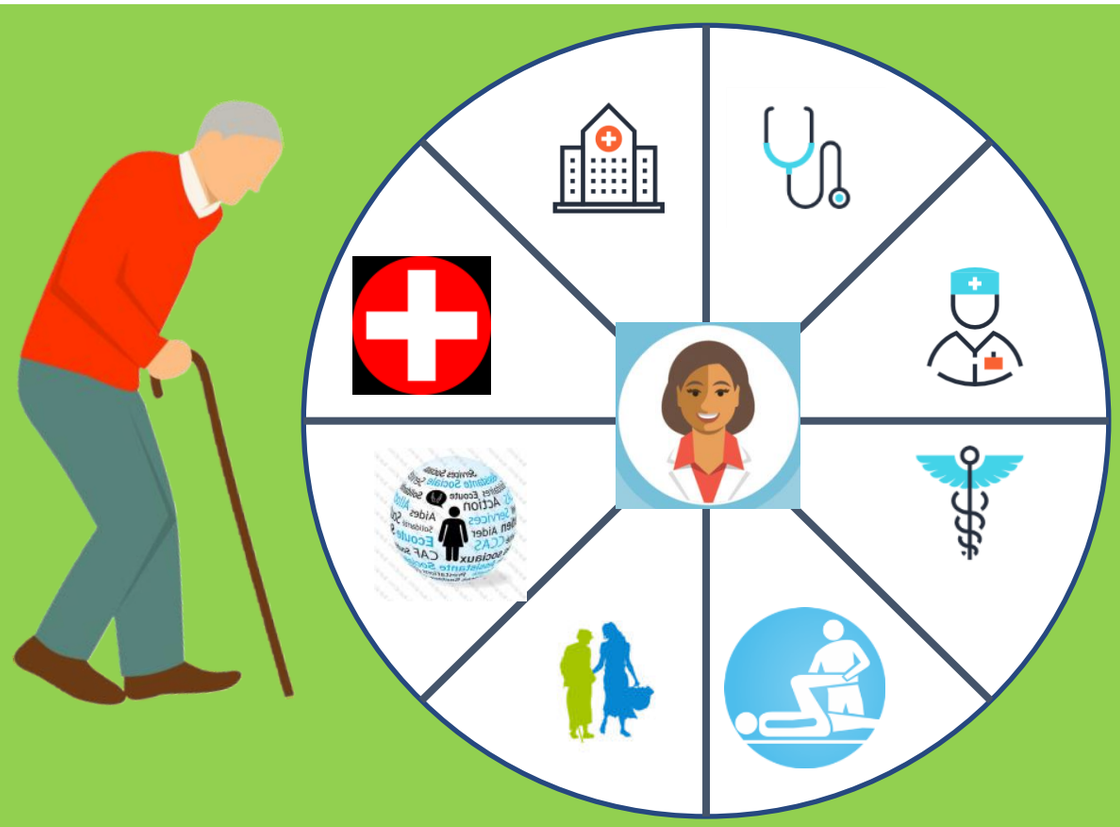
CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST

PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE
04 94 47 02 02
contact@ctavarest.fr
du lundi au vendredi : 9h/18h
à partir de 2018
le samedi : 9h/12h



Le programme permet d'anticiper les situation à risque de ruptures avec le plan personnalisé de santé PPS!

CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST



La CTA créé des liens avec tous les partenaires, observe les ruptures et propose des améliorations!

Le programme renforce la coordination des professionnels avec l'ensemble des partenaires!

CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST

510 aînés

20 consultations à délai court

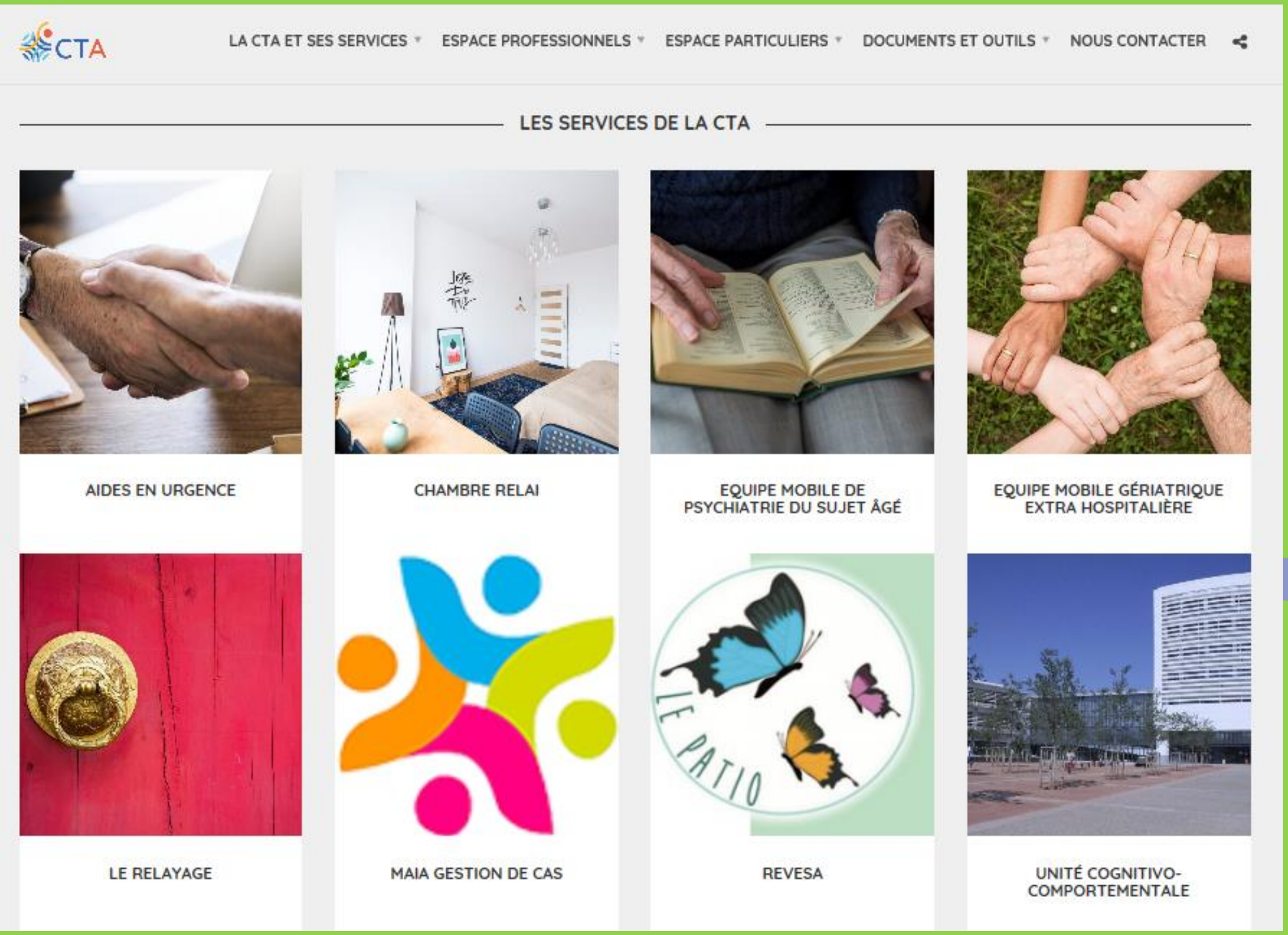
1300 appels

70 PPS

4 COMOP

450 expertises

www.ctavarest.fr



www.ctavarest.fr

CTA
COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST

Merci !

Centre Hospitalier Dracénie

Porté par le Centre Hospitalier de la Dracénie

COLLOQUE CONSTRUIRE ENSEMBLE LE PARCOURS DE SANTÉ DES AINÉS
Draguignan - 19 Avril 2018

VAR EST. Parcours Santé des aînés — DES ACTEURS COORDONNÉS POUR UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE — Paerpa

PLAN PERSONNALISE DE SANTE (PPS)*

PPS en date du :
PPS N° :

PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE
04 94 47 02 02
contact@ctavarest.fr
du lundi au vendredi : 9h/18h
à partir de 2018
le samedi : 9h/12h

Rédacteur du PPS :

NOM et Prénom : **Profession ou structure :**
Téléphone : **Courriel :**

Orientation de la situation

NOM et Prénom : Profession ou structure :

Demande d'appui de la CTA

☐ Objet de la demande :

Recueil du consentement de la personne

☐ Consentement de la personne ou de son représentant légal à l'échange des informations contenues dans le cadre du PPS avec la CTA Var-Est et les autres intervenants de la prise en charge

Informations personne âgée de 75 ans et +

NOM USUEL : **Prénom :**
Date de naissance :
Adresse : **Code postal et ville :**
Numéro de Sécurité sociale : **Régime assuré :**

Téléphone : Sexe (F/M) :
Recherche hébergement en cours :
Mesure de protection : Aide à la vie quotidienne (APA/PAP/autre) :

Personne(s) à contacter (aidant)

NOM	Lien (enfant, conjoint, tuteur…)	Téléphone	Courriel

Intervenants

NOM	Prénom	Fonction (médecin traitant, IDEL, AS …)	RPPS/ FINESS PSL	Téléphone	Courriel	*Participe au PPS : OUI/NON*

Les parties en gris sont les champs obligatoires à renseigner.

* Ce document ne vaut pas prescription médicale. Il s'agit d'un ensemble de préconisations établi en concertation avec la personne concernée et les professionnels de proximité. Il vise à assurer son maintien à domicile dans les meilleures conditions de sécurité et de confort.

CTA COORDINATION TERRITORIALE DES AÎNÉS VAR EST

Identification des problématiques par les professionnels

Cocher la case correspondante à la problématique identifiée

	Problématique identifiée		Problématique identifiée
Absence de suivi médical		Aides et soins insuffisants ou inadaptés	
Refus d'aide et de soin		Problème de mobilité (domicile/extérieur)	
Hospitalisation récente		Risque de chute	
Problèmes liés aux médicaments		Logement inadapté	
Problème nutritionnel (perte de poids, perte appétit…)		Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (toilette, ménage, courses …)	
Troubles cognitifs		Difficultés dans la gestion administrative	
Problème de comportement		Précarité économique	
Problème d'autonomie décisionnelle		Epuisement et/ ou absence de l'aidant	
Dépression		Isolement (social, familial, géographique…)	
Troubles sensoriels (vue, ouïe…)			

Plan d'actions priorisé à mettre en œuvre (plan d'aides et de soins)

Problématique identifiée	Libellé de l'action à mettre en œuvre	Intervenant	Critère d'atteinte du résultat	Bilan (date…)

Date de la prochaine réévaluation : ……/……/……

Problématiques sans actions : sous vigilance

Problématique sous vigilance	Intervenant

☐ **Validation du PPS par le médecin traitant : signature et tampon**

Une fois le PPS complété, le transmettre à **la Coordination Territoriale des Aînés (CTA) Var-Est par mail : contact@ctavarest.fr ou fax : 04.94.39.40.38**

Une expérimentation menée en partenariat avec :

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur — URPS Médecins Libéraux PACA — URPS Infirmière PACA — URPS Pharmaciens Provence-Alpes-Côte d'Azur — URPS Masseurs Kinésithérapeutes Libéraux PACA — L'Assurance Maladie VAR — e-SANTÉ ORU PACA

COLLOQUE CONSTRUIRE ENSEMBLE LE PARCOURS DE SANTÉ DES AINÉS

Draguignan - 19 Avril 2018

EMPSA

14h00 - 14h20 : PTA Var-Ouest : l'intérêt de l'expertise gériatrique dans une dynamique de PTA « tous publics »

M. Boutonnet
Directeur du COS Beauséjour, porteur de la PTA Var-Ouest

Dr. Broquier
Médecin coordonnateur de la PTA Var-Ouest

- **Historique**
  - 2000-2014 : Le Groupement d'Intérêt Public COMET et sa filière gériatrique (CLIC et Réseau Gérontologique)
  - 2013 : Création de la MAIA
  - 2015 : De la coordination à l'appui à la coordination, début de l'expérimentation CTA sur le bassin hyérois
    - Identification des besoins / populations spécifiques
    - Cartographie des ressources

- **Historique**

  - 2016 : Transformation du réseau en PTA et convergence des dispositifs de coordination (CLIC/Réseaux gérontologique et soins palliatifs/MAIA).

    - Mutualisation des compétences et des expertises

    - Ouverture à « tous publics »

    - Élargissement du territoire au Var-Ouest

  - 2017 : la PTA devient opérationnelle en conservant son expertise gériatrique

- **L'expérience acquise en gériatrie, aidante pour relever les défis**
  - Assise forte sur les dispositifs PA (CLIC/Réseau/MAIA) portant en exemple les parcours et les mises en lien nécessaire des acteur pour les fluidifier
  - Enseignements de la MAIA
    - l'approche intégrative
    - les coopérations sur des territoires élargis
  - Valeur d'exemple pour dupliquer la méthode à d'autres publics

- **Retour d'expérience PTA GUIDAGE Var-Ouest**
  - Un territoire marqué par le vieillissement de sa population
    - Indice de vieillissement 109 (VO) vs 93 (Var)
    - Isolement : 41% des plus de 75 ans

Retour d'expérience PTA GUIDAGE Var-Ouest

- Activité 2017 : quelques chiffres
  - 30 % des demandes émanent de professionnels de santé libéraux dont la moitié sont des MG
  - 80 % des demandes sont des situations de complexité médicosociale
  - 68 % concernent des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes
  - 74 % des personnes concernées ont plus de 75 ans
  - 50% des personnes ont bénéficié d'une expertise gériatrique

Retour d'expérience PTA GUIDAGE Var-Ouest

- Activité 1er trimestre 2018
  - 70 % des personnes concernées ont plus de 75 ans
  - 8 % ont moins de 60 ans
  - Appui à la coordination (tendance annuelle) +86%
  - Hors bassin hyérois 30 % (vs 20% en 2017)

- **La Gérontologie: un atout pour les PTA**
  - Un savoir-faire qui profite à d'autres publics
  - Une proximité avec les médecins traitants
  - Le maillage territorial fort
- **PTA : une opportunité pour la gérontologie**
  - Facilité d'accès et lisibilité
  - Acteurs nouveaux / approche globale
  - Un territoire étendu avec une logique départementale et prenant en compte la recomposition de l'offre

- **Des projets consolidés et en développement**
  - Convergence des dispositifs et ouverture du territoire
  - Des parcours PA élargis, une expertise gériatrique (médicale, paramédicale) accessible dans un principe de subsidiarité
  - Un COPIL PTA et une feuille de route ambitieuse y compris sur les PA
  - En route vers l'extension du PAERPA ?

- **Conclusion**
  - La forme doit servir le fond
  - La méthode sert le parcours
  - Les apprentissages de la gérontologie au bénéfice de tous les publics

14h20 - 14h45 : Coordination et système d'information

M. Curto
Chef de projet système d'information de santé

M. Simon
Chargé de mission systèmes d'information de santé

ARS PACA

Les pouvoirs publics ont ces dernières années massivement investi sur le sujet au travers, notamment, des programmes PAERPA et TSN (Territoire de Soins Numériques). Les principaux enseignements des retours d'expérience sont :

- ✓ La mise en œuvre des services numériques facilitant la coordination passe nécessairement par la consolidation des services « socles », notamment la gestion de l'identité patient et le ROR ;
- ✓ Les programmes nationaux et le travail des régions ont permis une réelle montée en puissance des solutions numériques dédiés à la coordination. TSN a par exemple abouti sur le déploiement de 90% des services prévus initialement ;
- ✓ La marge de développement des usages reste toutefois importante ;
- ✓ L'adhésion des acteurs du parcours au projet passe essentiellement par l'interopérabilité la plus développée possible entre les services numériques et les SI des professionnels ;
- ✓ Les normes et recommandations en termes d'interopérabilité se précisent mais cette recherche d'interconnexion entre les SI reste complexe et coûteuse ;
- ✓ Sur le plan de l'accompagnement au changement, la communication de masse doit nécessairement être complétée par une animation de proximité dynamique et constante, en collaboration avec des professionnels de santé « promoteurs » dont l'action est indispensable à la réussite du projet.

Les 3 années à venir prévoient la convergence de chantiers nationaux et régionaux majeurs au profit de la coordination usuelle et de celle des parcours complexes

Identification du patient *: mise en œuvre de l'**INS**, déploiement du **SRIR***

Généralités

- Utilisation du NIR comme seul INS (L. 1111-8-1 loi 26/01/2016 et décret 29/03/2017)
- Document produit pas l'ASIP concernant la mise en œuvre du NIR (en cours de consultation publique)

Contexte Var / liens PAERPA

- L'INS est intégré au SRIR
- Le GHT 83 est dans la démarche d'intégration du serveur régional d'identité et de rapprochement d'identité

*Consolidation du **ROR** (Répertoire Opérationnel des Ressources)*

Généralités

- Travaux nationaux et forte implication de la région PACA pour normaliser la structure de données des ROR
- Définition et mise à disposition des spécifications techniques pour la connexion du ROR aux SI tiers en 2018 (orientations patients…)

Contexte Var / liens PAERPA

- Un peuplement des données concernant les structures médico-sociales a été initialisé
- Des actions spécifiques doivent être entreprises pour l'alimentation du ROR, sur le volet médico-social notamment (web services)

*Dépoilement du **DMP** (Dossier Médical Partagé)*

Généralités

- Campagne de communication « grand public » prévue à partir du mois d'octobre 2018
- Construction en cours de la feuille de route de déploiement par l'AM avec comme pilier central les ES (priorité étab. support GHT)

Contexte Var / liens PAERPA

- Collaboration en cours avec référent régional AM (CPAM 83)
- Actions menées par l'AM auprès des ES (lien DPI/DMP).
- Réflexions en cours entre ARS/AM/GRADEs pour l'organisation et la mise œuvre des travaux de déploiement

*Déploiement de la **MSS** (Messagerie Sécurisée de Santé)*

Généralités

- « Espace de confiance » national pour l'échange sécurisé de mails entre professionnels de santé
- 60k BAL et plus de 320k mails échangés (chiffres juin 2017)
- Recherche d'accélération des usages en établissement de santé

Contexte Var / liens PAERPA

- Développer les usages - Projet MSS Santé finances par le niveau national sur le territoire du VAR (LDL, CRBM, CR Anapath, CRPU)
- 800 BAL MSSanté ouvertes pour acteurs du Var (solution régionale – Medimail)

*Mise en œuvre des **SNACs** (Service Numériques d'Appui à la coordination)*

Généralités

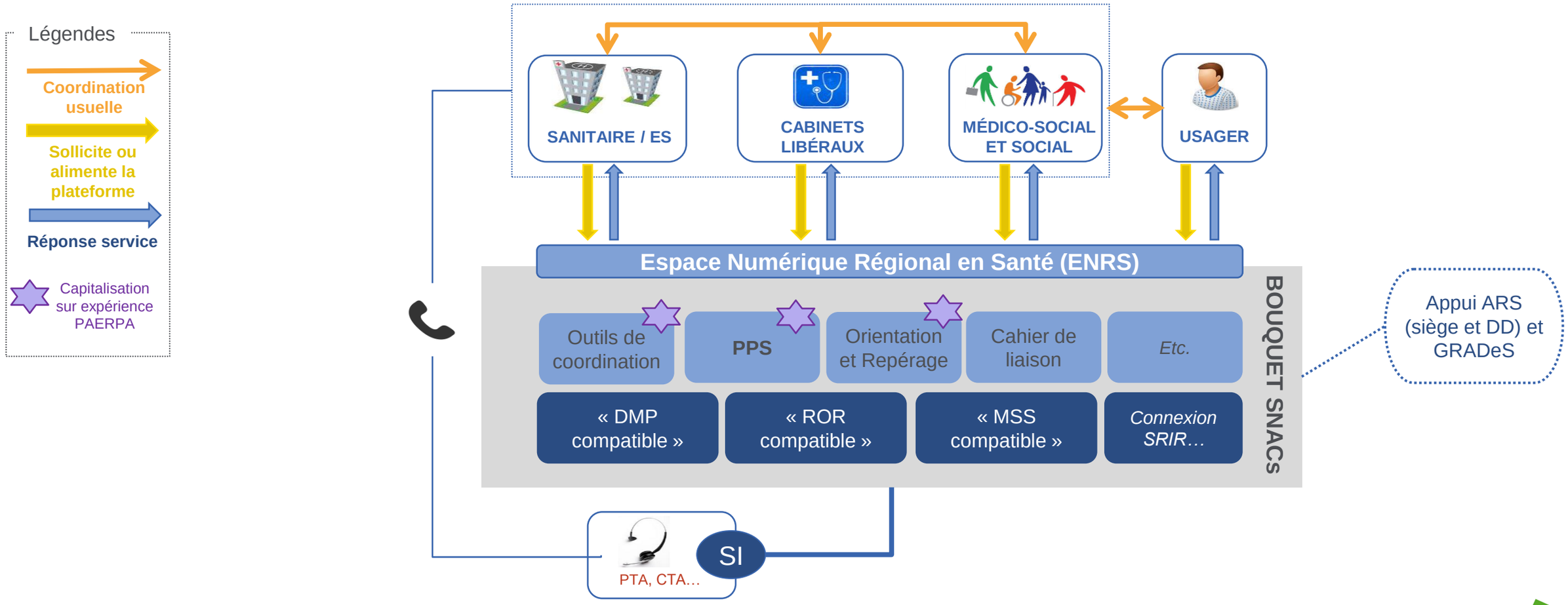
- Prolongement du programme TSN initié en 2014, déploiement de l'e-Parcours et des SNACs d'ici 2021 (instruction d'avril 2017)
- Développer les SI des dispositifs de coordination et les services numériques au profit d'une gestion intersectorielle des parcours

Contexte Var / liens PAERPA

- *Détails diapositives suivantes*

Echange et partage d'informations au profit de la gestion des parcours des patients

Schéma simplifié d'un bouquet de Services Numériques d'Appui à la Coordination



L'action entreprise dans le cadre de PAERPA sera élargie et développée dès 2018 grâce au projet pilote SNACs retenu par la DGOS pour le territoire du Var-Est

Validé DGOS

Projet Bouches-du-Rhône (hors Marseille)

Rendre le patient acteur de son parcours de santé par l'accès et la gestion de son dossier de coordination

Validé DGOS

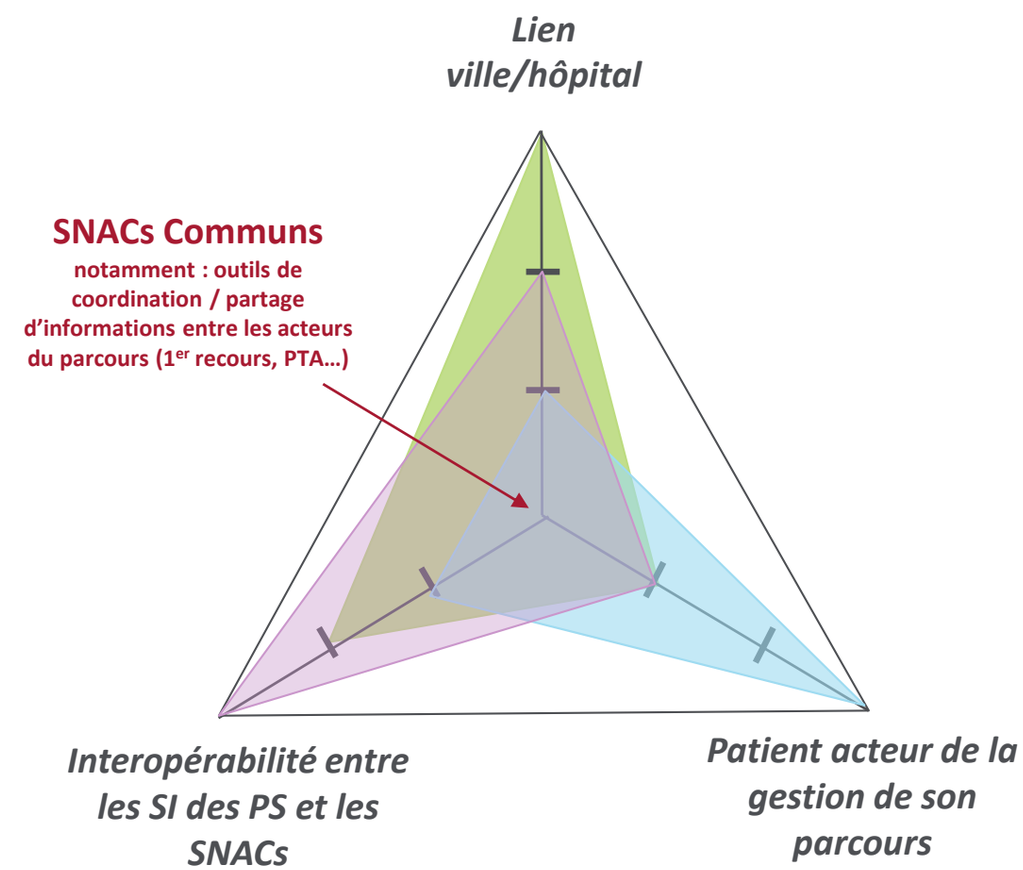
Projet Vaucluse

Enrichir le dossier de coordination patient par l'interopérabilité avec les logiciels métier et optimiser l'accès aux soins en cas d'hospitalisation programmée

Validé DGOS

Projet Est Varois

Assurer la continuité du parcours patient entre la ville et l'hôpital par un décloisonnement et une coordination de proximité entre les acteurs du premier recours et les établissements de santé



14h45 - 15h45 : Table ronde sur le décloisonnement ville-hôpital : du mythe à la réalité ?

Modérateur : M. Rousseau - Directeur du CH de la Dracénie

Le point de vue du médecin généraliste :

Dr. Tuffery - Médecin généraliste de ville, UPRS médecins libéraux Paca

Le point de vue de l'urgentiste :

Dr. Minguet - Chef de service des urgences, Président de CME du CH de la Dracénie

Le point de vue du gériatre :

Dr. Chaix - Chef du pôle gériatrie, CH de la Dracénie

La préparation de la sortie d'hospitalisation, le programme PRADO :

Dr. Toureille - Médecin conseil chef de service adjoint de l'échelon local du service médical de l'assurance maladie du Var

Concertation, Coordination, Coopération, les 3 Clefs pour un parcours simplifié

Accueil du patient à l'hôpital	• Un délai de prise en charge réduit sans passage aux urgences si patient adressé par MT • Par du personnel dédié à la médecine de ville pour les soins non programmés sans urgence vitale
Séjour hospitalier	• Un correspondant identifié à l'hôpital pour le MT • Des échanges sécurisés et réguliers entre l'hôpital et le MT • Des examens techniques réalisés si possibles durant le séjour à l'hôpital
Retour à domicile	• Un compte-rendu d'hospitalisation adressé systématiquement au MT le jour de la sortie • Une organisation des aides et des soins concertée entre l'hôpital et le MT s'appuyant sur les PTA/CTA si besoin

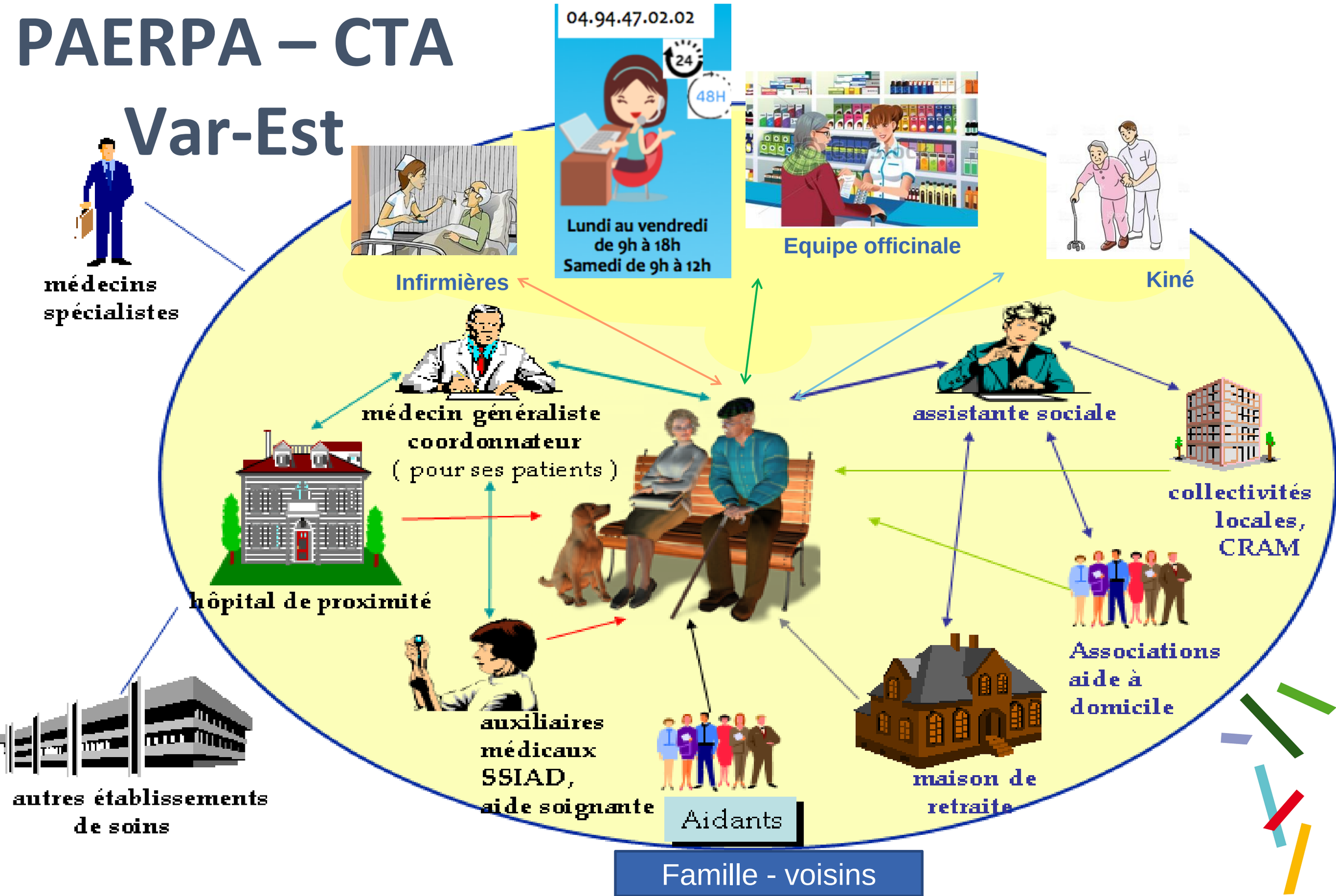
le Dispositif
« Parcours des Ainés »

nous a été présenté comme une expérience nouvelle au service des personnes âgées..

Notre curiosité a été la plus forte et ainsi nous nous sommes engagés, sous l'impulsion de l'ARS PACA

et de ses partenaires.

PAERPA – CTA Var-Est



VIRAGE AMBULATOIRE

PRADO accompagne, facilite

↓ DMS

↓ Recours aux solutions d'aval inutilement coûteuses

↓ Ré hospitalisation

SFC

Spécialistes

Coordination

IDE

HAS

MK

ASSURE
MEDECIN
TRAITANT

SF

AALV

Education thérapeutique

MAISON

PRADO

CAM

RESEAUX

EFFICIENCE

CHIMIO ORALE

Etablissements hospitaliers

RAAC

…

CHIR AMBU

15h45 - 16h30 : Table ronde sur l'innovation organisationnelle

Modératrice : Mme De Nicolaï - Directrice déléguée CARSAT Sud-Est

Activation d'aide à domicile en cas de défaillance soudaine de l'aidant :

Mme Certari - Cadre de santé à la CTA Var-Est

Accueil en chambres relais en cas de défaillance soudaine de l'aidant :

M. Garnier - Directeur adjoint à la Direction de l'autonomie du conseil départemental du Var

Astreinte IDE de nuit mutualisée en EHPAD :

Mme Santamaria - Directrice de l'EHPAD Henri Dunant à Puget-sur-Argens

Introduction

- **Le dispositif « chambres relais » s'inscrit dans les trois objectifs du PAERPA :**
  - Améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants (diminution du recours à l'hospitalisation et aux urgences, diminution de la durée des hospitalisations, amélioration des conditions de prise en charge de la personne âgée),
  - Adapter les pratiques professionnelles à une logique de parcours,
  - Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

Les EHPAD sont des acteurs essentiels du parcours de la personne âgées.

- **Ce dispositif s'adresse aux personnes âgées à domicile et en perte d'autonomie non bénéficiaires de l'APA ou d'un autre dispositif de droit commun :**
  - qui présentent une stabilité sur le plan médical,
  - en cas de défaillance soudaine de l'aidant, il s'agit de répondre à une situation de vulnérabilité d'une personne âgée ne pouvant rester seule à domicile.

Le dispositif offre :

- Une solution d'hébergement en EHPAD (sur une place d'Hébergement Temporaire) dans le cadre d'un accueil non programmé,
- Une solution temporaire pour faire face à la situation d'urgence dans l'objectif d'un retour à domicile (après un accueil de 21 jours),

Le dispositif n'est pas mis en œuvre suite à une hospitalisation, mais peut être mobilisé après un passage en service d'accueil des urgences,

Les chambres relais en EHPAD

- 3 EHPAD sont associés au dispositif sur le territoire du PAERPA (Var Est)

  - Les Eaux Vives à Fréjus,
  - Henri DUNAND à Puget/argens,
  - Le Pré de la Roque à Figanières

Comment est réalisé l'accueil ?

- Le lien avec le domicile, les professionnels de soins et l'EHPAD est assuré par la Coordination Territoriale des Aînés Var-Est.
- L'EHPAD réserve au titre des chambre relais l'occupation de l'une de ses places d'Hébergement temporaire dans la limite de 200 jours/an,
- L'activité de la place d'hébergement temporaire n'est pas impactée le reste de l'année, l'hébergement temporaire « classique » reprend son cours lorsque ce dispositif n'est pas mis en en œuvre.

- L' EHPAD
  - admet la personne âgée dans la journée,
  - prépare le retour à domicile en lien avec l'entourage et la CTA,
  - réalise le girage par l'intervention du médecin coordonnateur,
  - formalise un projet de service et un contrat de séjour spécifique pour son activité relative à l'Hébergement Temporaire PAERPA,

Comment est financé cet accueil ?

- L'EHPAD perçoit un financement versé par l'ARS au titre du FIR (70 €/jour)
- Il s'agit d'un forfait prenant en charge la partie hébergement et dépendance (55 € au titre de l'hébergement et 15 € au titre de la dépendance),
- La personne participe par l'intermédiaire d'un ticket modérateur évalué à hauteur de 5€/jour,

L'articulation avec les dispositifs existants pour le retour à domicile

- Constitution du dossier de droit commun en urgence APA/ARDH par l'entourage avec appui de la CTA.
- Si girage 1 à 4, transmission du dossier APA au Département incluant le plan d'aide pour traitement d'urgence sur la base de l'évaluation du médecin de l'EHPAD
- Si girage 5-6, transmission à la Caisse de retraite pour relais de la prise en charge

Astreinte IDE de nuit mutualisée en EHPAD

- **Formalisation d'une convention de coopération entre les 4 EHPAD participant du Var Est (Fréjus et Puget sur Argens)**
- **Recensement du nombre d'infirmières volontaires par établissement, soit au total 8 IDE**
- **Modalités d'appel de l'IDE d'astreinte :**

  - présence d'un téléphone portable par établissement et numéro d'appel, ainsi qu'une malette par structure contenant les principales informations de chaque EHPAD

  - selon le planning d'astreinte IDE, réalisé par le CDS de l'EHPAD référent

- **Conditions d'intervention et objectifs :**

  - organisation de l'astreinte toutes les nuits pour les 4 établissements , à partir de 20 h jusqu'à 7h du matin

  - prise en charge pour l'accompagnement de fin de vie en EHPAD et soins programmés la nuit (exécutions de prescriptions médicales)

  - en urgence relative, éviter des hospitalisations inappropriées au seul motif de la nécessité de soins infirmiers la nuit (traitement des appels conformément à des situations d'urgence relatives prédéfinies)

  Ce dispositif n'exclut pas le recours au centre 15 en première intention, en fonction de la situation du résident, ou en seconde intention, par l'IDE d'astreinte , pour toute situation dépassant son champ de compétences,

- **Cadre de compétences :**

  L'IDE d'astreinte est habilité(e) à intervenir dans le cadre de ses compétences d'évaluations cliniques. Tout acte ne peut être réalisé que sur prescriptions médicales écrites, quantifiées et qualifiées.

  L'IDE effectue une traçabilité de son intervention dans le dossier de soins informatisé du résident, ainsi que sur le carnet à souche ou tripliqué élaboré à cet effet, qui sert à évaluer le dispositif et renseigner les indicateurs ANAP,

Présentation Indicateurs
Période de Juin 2017 à mars 2018

Année 2017 Juin à Décembre	EHPAD Henri Dunant 75 lits	EHPAD Jean Lachenaud 40 lits	EHPAD Les Eaux Vives 100 lits	EHPAD Saint Jacques 50 lits	Total 265 lits
Nombre d'appels	23	15	32	26	96
Nombre déplacements	4	10	11	13	38
Nombre appel médecin	4	5	7	7	23
Transfert urgence nécessaire	3	2	9	1	15
Hospitalisation évitée	1	2	4	4	11

Année 2018 Janvier à Mars	EHPAD Henri Dunant	EHPAD Jean Lachenaud	EHPAD Les Eaux Vives	EHPAD Saint Jacques	Total
Nombre d'appels	12	6	6	1	25
Nombre déplacements	3	1	1		5
Nombre appel médecin	1	1	1	1	4
Transfert urgence nécessaire	2	1	2	1	6
Hospitalisation évitée	7	1	1		9

16h30 : Conclusion

M. Debeaumont

Délégué départemental du Var

ARS Paca