

CONSTRUIRE ENSEMBLE LE PARCOURS DE SANTÉ DES AÎNÉS

ACTES DU COLLOQUE

JEUDI 19 AVRIL 2018
à Draguignan



SOMMAIRE

1. ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

p. 3

2. LES ÂÎNÉS, UNE VALEUR MONTANTE

p. 6

3. LE PROGRAMME NATIONAL PAERPA

p. 9

4. LA DÉMARCHE PARCOURS DE SANTÉ DES ÂÎNÉS DU VAR-EST

p. 14

5. LA DÉMARCHE PARCOURS DE SANTÉ DES ÂÎNÉS DU VAR-EST

p. 18

6. MAINTIEN À DOMICILE : QUELS NOUVEAUX OUTILS SUR LE VAR-EST ?

p. 21

7. PTA VAR-UEST : L'INTÉRÊT DE L'EXPERTISE GÉRIATRIQUE DANS UNE DYNAMIQUE DE PTA « TOUS PUBLICS »

p. 25

8. COORDINATION ET SYSTÈME D'INFORMATION

p. 28

9. DÉCLOISONNEMENT VILLE ET HOPITAL

p. 30

10. L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE

p. 35

11. CONCLUSION DU COLLOQUE

p. 38

M. DEBEAUMONT

Vous êtes plus de 400 inscrits à ce colloque consacré à la thématique « Construire ensemble le parcours de santé des aînés ». Cette journée va nous permettre de dresser le bilan de l'expérimentation après un an de mise en œuvre du programme Parcours de santé des Aînés, dit PAERPA dans le Var Est. Vous avez beaucoup d'attentes vis-à-vis de ce programme.

Vous en êtes les acteurs. Votre présence aujourd'hui est une belle illustration du décloisonnement entre les professionnels de santé libéraux, du secteur sanitaire, médico-social et social.

Mme DUBOUIS

Bonjour à tous. La ville de Draguignan est très heureuse d'accueillir ce colloque.

Le Maire de Draguignan, M. Strambio, qui aurait souhaité être présent, m'a chargé de le représenter. Nous souhaitons nous inscrire dans une démarche de santé publique impliquée afin de mieux répondre aux besoins de la population. C'est donc en collaboration avec l'ARS que nous élaborons actuellement notre Contrat local de santé. Il vise à réduire les inégalités en matière de santé, en favorisant les partenariats locaux. L'un de ses axes concerne la santé des personnes âgées. Ce colloque s'inscrit bien dans la démarche de la ville.

Mme DEPALLENS

En ma qualité de Présidente de la commission solidarité du Conseil départemental, je vous remercie pour votre invitation. Le département du Var est très concerné par le vieillissement de sa population. L'accompagnement des personnes en perte d'autonomie constitue donc un sujet crucial. Les sujets et les pistes d'amélioration abordées aujourd'hui contribueront à enrichir notre Schéma départemental auquel vous pouvez contribuer en apportant vos idées. Nous avons à cœur de promouvoir la qualité de vie et le respect de nos aînés.

L'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) est désormais du ressort des Conseils départementaux. La Conférence des financeurs a déjà permis de développer des initiatives, notamment des programmes de prévention en faveur des personnes de plus de 60 ans.

Le travail mené avec l'ARS est important. Nous partageons la même vision des choses, nous communiquons, ce qui évite des problématiques et permet d'en résoudre d'autres.

Le budget du Conseil départemental pour l'accompagnement des personnes âgées s'établit à 101 millions d'euros. 30 000 personnes âgées ont bénéficié d'actions en leur faveur. Parmi les initiatives que je souhaite mettre en exergue, la création de la Maison des Aidants au sein de l'hôpital du Luc. Je suis fière de porter ces politiques qui témoignent de notre solidarité.

L'autonomie constitue un enjeu transversal. Nous avons initié une démarche de décloisonnement des métiers en lien avec l'ARS. Le vieillissement de la population est un enjeu commun. Les astreintes infirmières mutualisées entre plusieurs maisons de retraite ont permis des avancées concrètes. Un numéro unique permet aux professionnels de santé de les appuyer dans la coordination des interventions de leurs patients. Une expérimentation de chambres relais en EHPAD est en cours. Toutes ces initiatives contribuent à une meilleure prise en charge.

Côté Département, nous avons déjà mis en place :

- Un dispositif d'attribution d'une APA, sur la base des évaluations GIR faites par la CTA ou les équipes mobiles gériatriques externes,
- Une expérimentation visant à permettre à 3 EHPAD du secteur d'offrir une offre d'hébergement en chambre relais pour permettre de faire face à une défaillance soudaine de l'aidant,
- 460 professionnels des services de SAAD et de SSIAD vont être formés d'ici fin 2018 au repérage des PA à risque

de perte d'autonomie et à leur signalement.

J'émets le souhait que le dispositif testé dans l'Est du Var soit étendu à l'Ouest du département. Nous devons continuer de travailler en bonne intelligence chacun avec nos leviers, nos savoir-faire et, surtout, du savoir-être. Nous avons la capacité ensemble d'apporter des réponses ambitieuses, réalistes et avant-gardistes pour maintenir un bon état de santé de nos aînés. Mais avant tout, humaines et collectives.

M. D'HARCOURT

Ce colloque est un moment important pour avancer ensemble, pour échanger, pour interpeller et pour tirer les leçons essentielles du travail mené conjointement. Notre objectif commun consiste à améliorer la qualité de vie des aînés.

Nous avons beaucoup de plaisir à nous retrouver, avec les représentants des collectivités. M. le Député nous fait l'honneur de sa présence. Nous pouvons voir aujourd'hui comment se traduisent concrètement les politiques publiques décidées à Paris.

PAERPA est un sigle barbare mais il s'agit certainement du prototype de la façon dont les questions de structuration des parcours de santé seront prises en compte demain. Cette expérimentation, initiée il y a six ans, est un modèle visant à permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible. La volonté de finir sa vie à leur domicile est exprimée par une majorité d'aînés. Nous devons les aider. Les places en maisons de retraite ne pourront pas être multipliées à l'infini. Les établissements actuels tendent à se médicaliser. L'âge moyen d'entrée en EHPAD va reculer, alors que l'augmentation de la durée de vie va continuer d'augmenter. Il convient donc de rechercher de nouvelles solutions.

La volonté de finir sa vie à leur domicile est exprimée par une majorité d'aînés. Nous devons les aider. Nous partageons tous le même constat, cependant, nous devons être conscients que le sujet du vieillissement est d'une rare complexité. Les acteurs sont nombreux, dépendant d'organisations différentes. Les financements différents selon les dispositifs. Le challenge est donc immense. La réunion de ces acteurs doit permettre de bien repérer les personnes âgées, de poser des diagnostics et de mettre en œuvre les actions indispensables à leur bien-être et à leur santé.

Je souhaite vous féliciter pour le travail que vous avez mené. En quelques mois, les avancées sont énormes. Vous avez su initier une dynamique constructive. Vu de l'extérieur, nous sommes impressionnés par votre investissement. L'hôpital s'est beaucoup mobilisé en portant la plateforme, autour de laquelle les différents acteurs contribuent à reconfigurer l'offre de services. Je crois à la puissance de cette plateforme territoriale d'appui dédiée aux personnes âgées, qui pourra être étendue à d'autres secteurs, d'autres publics. L'offre de soins n'est plus imposée par un échelon supérieur : c'est la prise en compte des besoins qui induit une reconfiguration des acteurs. Il est nécessaire d'avoir de la méthode, de l'exigence mais pas de corporatisme, ni d'enjeu de pouvoir.

Il est nécessaire d'être lucide. La démarche initiée est coûteuse pour la société. Nous travaillons avec de l'argent public. Nous devons donc être attentif à ce sujet. La qualité des acteurs a un coût, évalué à 2 millions d'euros. Si nous voulons que ce système soit durable, nous devons veiller à ce que le coût soit soutenable. Nous devons être économes sur les moyens. Nous devons également être conscients des fragilités du dispositif. Les risques et les freins ont bien été identifiés. L'informatisation des PPS constitue notamment un sujet de vigilance. Je note également que peu de PPS sont initiés par des médecins libéraux. Par ailleurs, aucune demande d'activation de l'aide d'urgence à domicile n'a été déposée. Nous devons nous améliorer sur ces sujets.

Il nous faut aujourd'hui être ambitieux et confiants. Avec neuf plateformes territoriales d'appui, la région PACA est exemplaire. La démarche concernera désormais non plus seulement les personnes âgées mais tous les parcours. Des sujets tels que la détection à domicile, les soins dentaires en EHPAD ou le soutien aux aidants sont d'actualité. Après l'Est du Var, nous souhaitons déployer la démarche à l'Ouest du territoire. Nous sommes positionnés dans une logique de convergence des dispositifs.

Je vous remercie d'être présents pour construire demain. Car ce que vous faites aujourd'hui, c'est déjà demain.

Dr. BEREDER

Je remercie les organisateurs pour leur invitation et les participants pour leur présence à ce colloque. Outre mes fonctions de chef de service de médecine gériatrique au CHU de Nice, j'occupe également les fonctions de vice-présidente de la CME du CHU. C'est la première fois qu'un gériatre est élu à la vice-présidence d'une CME de CHU, ce qui constitue un message positif.

La thématique qu'il m'a été demandé de traiter, à savoir « Les aînés en tant que valeur montante » constitue un vaste sujet mais également un angle positif. Le vieillissement de la population porte de nombreux enjeux dans différents domaines.

L'espérance de vie a énormément progressé en quelques centaines d'années. Durant la Révolution française, elle n'était que de 28 ans. L'écart s'est creusé entre les hommes et les femmes au dernier siècle. L'espérance de vie continue à augmenter, malgré un léger tassement certaines années, canicule ou grippe.

L'âge de la retraite constitue désormais une nouvelle tranche de vie. A 60 ans, l'espérance de vie est en moyenne de 26 ans. Le vieillissement est hétérogène, cependant, il est avéré qu'une personne sur quatre atteignant 80 ans sera centenaire. La très grande vieillesse connaît une croissance exponentielle.

La région PACA compte une part de personnes âgées plus importante que le reste du territoire. Cette tendance devrait s'accroître. La population âgée représente un poids économique notable. Le pouvoir d'achat est le plus important entre 50 et 64 ans. L'âge de la retraite impacte le niveau de vie mais les retraités conservent un pouvoir d'achat plus important que les jeunes.

Les seniors sont des consommateurs. Les nouvelles générations consomment plus que les précédentes.

Après 65 ans, la consommation diminue, ce qui s'explique notamment par une perte de mobilité, par l'accumulation des possessions, l'incompréhension de certaines technologies ainsi que l'inadaptation des produits et services. A âge égal, les personnes connectées à Internet ont des dépenses de consommation plus élevées que les autres. Le lien social constitue un élément fondamental.

A titre d'exemple, l'utilisation de la voiture individuelle a explosé chez les 75 ans et plus, atteignant 51% en 2008 contre 33% en 1986. La voiture demeure le moyen de transport le plus utilisé. Les seniors les plus proches des commerces sont ceux qui se déplacent le plus. Les seniors sont de plus en plus présents sur les réseaux sociaux. La part de personnes âgées de plus de 55 ans s'étant inscrits sur Facebook a augmenté de 80% en trois ans.

En 2012, 23.4% des plus de 75 ans étaient connectés à Internet. Mais 21% des possesseurs de smartphone ou de tablette ne savent pas télécharger une application. L'ergonomie de ces outils doit donc être retravaillée.

La Silver économie devrait créer des dizaines de milliers d'emplois dans de nombreux secteurs, notamment la santé. Les rapports officiels évoquent la création de 350 000 emplois en quelques années. Le marché des soins des personnes âgées représente 500 milliards d'euros dans le monde, dont 350 milliards d'euros pour le coût des soignants.

Des plateformes de centre d'innovation se développent afin de tester des solutions technologiques rendant service aux personnes âgées.

La Silver économie ne concerne pas uniquement la santé. De nouveaux métiers, dont nous n'avons même pas idée, seront créés dans les prochaines années. Il s'agira notamment d'ingénieurs, de commerciaux, de designer ayant une connaissance spécifique des attentes et des besoins des personnes âgées.

Les enjeux de l'âge ne doivent pas être abordés uniquement sous l'angle de la santé. Des études ont montré l'évolution des limitations fonctionnelles des seniors. Nous vieillissons mieux que les générations précédentes, ce qui est une bonne nouvelle.

Il convient cependant de rechercher des solutions pour la prévention, les maladies chroniques incapacitantes, qui engendrent une perte d'autonomie et les maladies intercurrentes. La prévention doit notamment porter sur la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des patients. Plusieurs semaines sont nécessaires pour récupérer les capacités perdues après un séjour à l'hôpital. La région PACA est sous-dotée en gériatres alors même que les anciens y sont nombreux.

En conclusion, nous devons prendre en considération le vieillissement de la population à tous les niveaux.

Notre société doit valoriser tous les âges dans la société. Les seniors sont importants pour la mémoire, pour les relations. Les actions de prévention de la santé et de promotion de l'activité physique doivent être renforcées. La mobilité autonome suppose également d'adapter les villes.



Quelle serait la communication efficace à destination des seniors ?

Tout dépend de l'âge et du degré d'autonomie. Des personnes de 80 ans utilisent les réseaux sociaux, recherchant eux-mêmes l'information. La problématique concerne les seniors déconnectés des technologies. Le médecin de famille est le référent. Il lui revient de porter la bonne parole, de mettre l'accent sur la prévention. La formation du médecin traitant doit être renforcée en ce sens.

Dans le cadre de la réforme de l'internat, le Conseil national professionnel de gériatrie a fait le choix que la gériatrie devienne une spécialité via le DES. Je ne suis pas persuadée qu'il s'agisse d'une bonne idée. La gériatrie est pour moi une spécialité de la maturité et demander à des jeunes de choisir la gériatrie comme spécialité à l'internat risque de ne pas attirer suffisamment de jeunes médecins pour répondre aux besoins de gériatres.

Je suis kinésithérapeute. Les seniors consomment moins parce qu'ils aident beaucoup leurs enfants, qui connaissent des difficultés économiques. Je suis souvent confrontée à des clients qui ont été longtemps alités et qui ne peuvent plus marcher. Il serait positif de développer l'ergothérapie à domicile, notamment pour la rééducation et l'adaptation du quotidien. L'orthophonie peut également constituer une aide importante pour les personnes âgées.

Les réseaux à domicile comptent des ergothérapeutes. Il est important de les solliciter à bon escient. Le médecin généraliste est le référent, cependant, beaucoup de patients ne consultent plus aucun professionnel de santé. Nous devrions organiser un repérage en amont, comme le fait la PMI pour les enfants. Nous sommes conscients que l'orthophonie constitue une prise en charge non médicamenteuse efficace.

Mr. FARNAULT

Bonjour à toutes et à tous,

Je viens vous apporter des éléments de retour sur cette expérimentation, débutée il y a désormais 5 ans.

Ce programme est né d'une réflexion après la diffusion d'un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2011 pointant les fragilités du système de santé vis-à-vis des personnes âgées et mettant en exergue la pertinence, des travaux autour de la notion de « parcours ».

Une longue phase de concertation et d'ateliers préparatoires a alors été nécessaire et menée entre 2012 et 2014. Le déploiement du programme PAERPA a commencé fin 2014 dans les premiers territoires. Cette phase préparatoire a permis de mettre en place une méthodologie rigoureuse d'évaluation et de suivi – assez inédit et de haut niveau nous permettant d'obtenir des éléments objectifs et de suivre la montée en charge de l'utilisation des outils.

L'intérêt principal de la démarche réside dans la co-construction de ces outils, autour d'objectifs communs. Nous essayons de mettre en place, ensemble, des outils interstitielles, pluri-professionnels, visant à améliorer la fluidité des parcours des personnes âgées. Le programme PAERPA s'avère extrêmement riche en ce sens et très novateur me semble-t-il pour l'ensemble des professionnels et des institutions qui finance ou pilote le système de santé.

Dans cette diapositive, nous avons très schématiquement pointé des évolutions essentielles du système de santé (cf diapo). A noter depuis 2004 et même bien avant avec les premières associations communautaires notamment autour du HIV, le rôle et la place du patient ont évolué favorablement. Un autre point majeur contemporain concerne le développement du numérique et des datas, permettant d'obtenir une nouvelle puissance de diffusion et transmission de l'information. Nous sommes au début de cette révolution industrielle et sociétale qui touche heureusement aussi les acteurs de la santé. Autre schéma, la dualité de notre système. Il convient de remplacer la logique visant à traiter uniquement les maladies aiguës par une politique d'anticipation et de prévention et de suivi au long cours à travers le changement majeur de paradigme à savoir la chronicité des pathologies. Ce changement implique une inévitable transformation et adaptation de nos organisations, modes de financements et pratiques professionnelles. Enfin sur cette présentation, le travail autour des types de coordination existantes : les coordinations cliniques (coordonner les différentes « prescriptions » au sens large d'un projet de santé (projet de soins et aides à l'autonomie) qui s'inscrit dans le projet de vie de la personne ; les coordinations des prestations (professionnels et institutions qui sont complémentaires et doivent se coordonner sur les frontières de chacun et les passages de relais) et enfin le pilotage de l'ensemble sur un territoire (notions de gouvernance, d'intégration, ...) pour faire avancer l'ensemble à travers des évaluations et des programmations.

Nous pouvons être satisfait de notre système qui depuis des nombreuses années a pu mettre place autant d'outils, de compétences autour des personnes âgées. Cependant, aujourd'hui les enjeux d'il y a 20 ans sont décuplés, le nombre, l'intensité des prises en charge est sans commune mesure avec les dispositifs établis à la fin du 20^{ème} siècle. Les enjeux du vieillissement de nos populations marquent un tournant dans nos sociétés contemporaines et de fait de l'organisation des acteurs de la santé notamment. Aujourd'hui les constats sont connus, et maintenant que faisons-nous ... ?

En 2011/2012, législateur a donc initié un mouvement (qui n'est pas prêt de s'arrêter) et un cadre juridique nouveau, inédit et évolutif pour le programme PAERPA (cf diapo).

Une nouvelle lettre de mission, incluant des priorités, a été diffusée par la Ministre le 30 novembre 2017. Elle prévoit notamment un bilan intermédiaire et des premières évaluations auprès des différentes structures.

La démarche PAERPA ne se cantonne pas à la construction d'une plateforme de service. Son cœur réside dans les feuilles de route ARS co-construites sur chaque territoire, qui comprennent entre 30 et 40 actions sanitaires, sociales et médico-sociales. Les outils et les services ont été reconfigurés, retravaillés auprès des professionnels et des usages. Il y a des traits majeurs : ces actions sont interstitielles dans le parcours des personnes âgées et pluridisciplinaires entre les acteurs. Faire collaborer mieux, plus efficacement, de manière toujours plus

pertinente les acteurs demeure un des axes majeurs du programme. Je tiens à saluer les équipes de l'ARS pour leur implication dans ce projet complexe et ambitieux. La démarche vise à développer et accroître les pratiques professionnelles nouvelles, les innovations organisationnelles et à tester de nouvelles modalités de financement des professionnels et des services afin de les diffuser si ils ont fait la preuve d'une plus-value.

Les grandes réalisations de PAERPA concernent notamment la prévention (dépression, chute, nutrition), la formation des professionnels, le renforcement de la continuité de la prise en charge et les actions d'amélioration de la coordination entre professionnels de la santé et du social dans vos territoires.

Dans le cadre de l'expérimentation, chaque ARS dispose d'au moins un territoire PAERPA. Les territoires se sont approprié la démarche PAERPA de différentes façons. Les noms, les modalités d'organisation varient mais la logique est toujours la même : garantir une prise en charge optimale des personnes âgées, le bon soin, au bon moment, avec les bonnes personnes.

Le Plan Personnalisé de Santé (PPS)

Le Plan Personnalisé de Santé est le premier et le seul acte forfaitaire pluri-professionnel rémunéré par la Sécurité sociale. Il s'agit d'une nouvelle prestation et d'un nouvel acte pluri-professionnel diffusé à l'ensemble des acteurs de la coordination. Le travail collectif est ainsi valorisé, ce qui constitue une révolution par rapport à l'organisation précédente.

Le PPS doit permettre de favoriser le maintien à domicile, d'améliorer la coopération entre les professionnels et la circulation d'informations et de mettre en place des actions entre les acteurs de ville, de l'hôpital. La dynamique est engagée après un temps de mise en œuvre important et délicat. Le nombre de PPS est en constante augmentation depuis fin 2015. Plus de 8 500 PPS ont été déclarés en mars 2018. Sur certains territoires, entre 5 et 7% des personnes âgées en bénéficient.

Un tableau de bord national permet de suivre l'avancée des différents dispositifs. Il est disponible sur le site du Ministère. Aujourd'hui, nous débutons un travail d'évaluation fin pour savoir les conditions de diffusion de celui-ci, les pistes d'améliorations et les évolutions à entreprendre.

Evaluation de la méthode PAERPA

L'évaluation PAERPA s'effectue par le biais d'un monitoring national, d'une évaluation qualitative et de l'évaluation des impacts médico-économiques. Mais il est fondamental que les différents acteurs des territoires concernés fassent des retours, afin d'identifier ce qui fonctionne et les axes d'amélioration. Ce point est à l'ordre du jour, concilier des analyses nationales à des fins de diffusion et des approches locales extrêmement utile et bénéfiques compte tenu de la nature protéiforme du programme. A noter que de plus en plus d'étudiants préparent également des thèses en lien avec le PAERPA.

L'évaluation qualitative démonte un vrai décloisonnement des différents acteurs prenants. Le travail d'évaluation met en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives. Les premiers résultats confirment les besoins préalablement identifiés et les réalisations produisent des effets encourageants..

Des effets significatifs ont été identifiés sur certains territoires sur le volet du recours aux soins primaires (poly médication, prescriptions inappropriées). En revanche, aucun effet visible n'a été encore et très nettement identifié par rapport au recours à l'hôpital sur les données 2015 et 2016. Aujourd'hui l'évaluation mis en œuvre en 2014 ne permet pas de mesure directe de l'impact sur la qualité de vie du patient, cela doit être un axe à approfondir rapidement de notre point de vue.

Conclusion

La démarche PAERPA montre que le décloisonnement entre les secteurs est possible. La notion de parcours dans une politique territoriale de santé est possible et produit des effets visant à accompagner et créer les conditions de la transformation de notre système. Cependant, ces travaux sont très exigeants pour l'ensemble des acteurs et tutelles ; et ces efforts ne sont pas seulement des efforts d'inspirations économiques mais surtout de transformation des pratiques, des usages des organisations et des objectifs communs en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

A mi-parcours, de nombreuses capitalisations se sont concrétisées. Les évaluations se poursuivent en 2018 et en 2019 avant de pouvoir diffuser à une plus large échelle vos réalisations.

Il est nécessaire de prendre le temps. Six mois à un an d'échanges profonds et parfois durs entre les acteurs de la santé et du social sont nécessaires avant le déploiement de nouveaux outils ou de nouveaux protocoles de coopérations ou de financements innovants.

L'enjeu consiste maintenant à faire en sorte de permettre la bonne diffusion et d'améliorer la démarche PAERPA sur tout le territoire national à partir des résultats obtenus et analysés. Cette généralisation nécessite d'identifier les axes qui ont bien fonctionné pour les dupliquer.



ÉCHANGES AVEC LA SALLE

D'après les évaluations réalisées, quels sont les invariants qui ont bien fonctionné ?

Nous avons en effet recensé les invariants qui fonctionnent bien. La base est toujours la même : elle réside dans la mobilisation des acteurs et l'accompagnement que nous pouvons entreprendre, la transformation ou l'évolution d'un système de prise en charge à un autre localement ou nationalement est long et difficile.

Les autres points sont plus difficiles à apprécier, en raison de l'hétérogénéité des territoires. Il est nécessaire de leur laisser une capacité à innover mais avec un socle commun garantissant une égalité dans l'accès aux soins et prestations. Autre point important, les outils mis en place développent une logique commune et résonnent entre eux et seraient dans une certaine mesure plus efficace dans cet écosystème « parcours » adapté par les territoires. Cependant, les traits communs sont des outils interstitielles, pluriprofessionnels « parcours » qui impactent les pratiques de la santé et du social concomitamment.

Lorsque nous sommes confrontés à un patient fragilisé, le PPS doit-il forcément être initié par le médecin traitant ?

Non. L'hôpital, les infirmières, les assistantes sociales peuvent aussi prendre l'initiative d'un PPS. Le médecin généraliste demeure cependant la clé de voute de ce dispositif parce que c'est lui qui valide le PPS et sera à la manoeuvre pour bien « vérifier ».

Nous ne parvenons pas toujours à coordonner tous les professionnels de santé. Par ailleurs, ils ne sont pas assez nombreux sur certains territoires. La tarification à l'acte ne favorise pas la coordination.

Ce que vous dites est très juste. Une volonté forte de revoir la tarification des acteurs, c'est dire nos modes actuels de financement là encore trop cloisonné, moins bien adapté aux changements de prise en charge des patients. Un mouvement de réforme est enclenché par Mme la Ministre notamment à travers l'article 51 et des évolutions sont à venir. A noter que l'idée de plateforme d'appui (CTA - convergence clic maia réseau filière...) tels que nous l'avons tester est une réponse nouvelle qui doit permettre de bien connaître les besoins mais aussi les ressources du territoire afin d'optimiser leur mobilisation pour nos aînés.

I. Déploiement de la démarche PAERPA

Dr PULVENIS

Médecin au sein de l'ARS PACA, je suis chef du département des politiques territoriales à la Délégation Départementale du Var et pilote du programme PAERPA sur le territoire du Var-Est et bientôt sur le Var-Ouest. Je souhaite vous présenter la façon dont notre démarche a été initiée et celle dont le programme s'est déployé.

La prise en charge des personnes âgées constitue un enjeu complexe. Le parcours de santé fait intervenir de très nombreux acteurs. Les ruptures sont encore trop nombreuses. Un tiers des personnes âgées est hospitalisée au moins une fois par an, dont 44 % par le biais des urgences. Dans 18 % des cas, ces personnes sont réhospitalisées dans les trente jours. Les seniors représentent 14 % des passages aux urgences, avec un temps de prise en charge de 6 heures.

Après une hospitalisation, les risques de dépendance nosocomiale augmentent. Une personne âgée hospitalisée présente 25 fois plus de risques de devenir dépendante à la toilette et 60 fois plus de risques de développer des incapacités permanentes.

Or il est possible d'agir et d'améliorer ces résultats. Les programmes coordonnés en particulier d'accompagnement post-hospitalisation engendrent des effets positifs permettant de diminuer les transferts aux urgences, les hospitalisations et les durées moyennes de séjour.

La démarche Parcours de santé des Aînés, dite PAERPA, initiée sur le Var Est, poursuit donc deux objectifs stratégiques : améliorer la continuité et la qualité du parcours de santé des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (d'où le sigle PAERPA), prévenir la perte d'autonomie et les ruptures de parcours évitables.

Le PAERPA met en jeu trois leviers essentiels : le décloisonnement des secteurs, sanitaires, médico-social, social, la coordination des professionnels et l'anticipation des situations à risques...

La démarche a démarré en septembre 2016 avec nos partenaires. C'est une co-construction, les instances de pilotage et de coordination intégrant tous les acteurs partie prenante du parcours de santé.

La période de septembre à novembre 2016 a été consacrée à l'analyse des données, à la mobilisation des acteurs et à la mise en place de groupes de travail thématiques. Un diagnostic territorial partagé et une feuille de route ont été établis. La feuille de route, ambitieuse, comportant près de 50 actions, a été validée par la Direction de la sécurité sociale en décembre 2016. Depuis 2016, la démarche est entrée dans la phase opérationnelle de mise en œuvre prévue à ce jour jusqu'en décembre 2018, dans l'attente de l'évaluation nationale de ces programmes.

II. Le Var-Est : un territoire impacté par le vieillissement de la population

Le territoire Var-Est est concerné par un fort vieillissement de la population, avec 39 000 personnes âgées de plus de 75 ans. 38% d'entre elles vivent seules. 6 600 personnes âgées sont bénéficiaires de l'APA : 61% vivent à domicile, 39% en établissement. Un pourcentage non négligeable de personnes âgées est concerné par la précarité. Sur l'ensemble du Var, 4% des personnes âgées sont au minimum vieillesse, versus 5% au niveau régional et 2,8% au niveau national. Le territoire compte 1 726 professionnels de santé libéraux, une CTA, deux MAIA, deux CLIC, sept établissements sanitaires dont trois SAU dont deux filières gériatriques hospitalières structurées. Le taux de recours à l'hospitalisation est plus élevé que la moyenne nationale.

21% des personnes âgées prennent au moins dix molécules. La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse est une priorité.

III. PAERPA : un programme décliné en six axes

Le PAERPA s'articule autour de six axes.

Le renforcement du maintien à domicile se traduit par différentes actions :

- Des équipes mobiles à domicile gériatriques et psychiatriques ainsi que des ergothérapeutes : 283 bénéficiaires pour l'équipe gériatrique, 52 pour l'équipe psycho-gériatrique, 134 pour l'ergothérapeute).
- L'activation en urgence de services médico-sociaux a été mise en place. Ce volet inclut notamment l'aide à domicile (peu demandée à ce jour), le portage de repas, et, à compter du deuxième trimestre 2018, la possibilité d'un séjour temporaire en EHPAD dans les 24 heures.
- Le plan personnalisé de santé. 69 PPS ont été initiés.

Le second axe vise à **faciliter l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées par le soutien aux professionnels**. La Coordination territoriale des aînés, plateforme téléphonique d'appui aux professionnels de santé, a reçu 1 500 sollicitations et coordonné 2 300 interventions. Un généraliste sur deux a déjà été impacté par la CTA. 450 expertises ont été activées. Au global, 580 personnes âgées ont bénéficié d'une intervention de la CTA.

Le troisième axe a pour objectif de **réduire les hospitalisations évitables et d'améliorer l'interface ville-hôpital**. Les actions sont les suivantes :

- Les consultations gériatriques hospitalières à délai court
- Le repérage de la fragilité à partir des urgences (204 signalements)
- Un numéro gériatrique direct pour les médecins généralistes
- La sortie d'hospitalisation sécurisée (50 bénéficiaires)
- Des astreintes infirmières de nuit mutualisées entre les EHPAD (143 appels, 32 hospitalisations évitées).

Le quatrième axe concerne la **prévention de la perte d'autonomie et l'anticipation des ruptures de parcours** autour des quatre facteurs de risques principaux : dénutrition, dépression, chutes et iatrogénie). Les actions de prévention ont été renforcées avec un triplement du nombre de programmes. 460 professionnels des SAAD et des SSIAD seront formés au repérage des personnes âgées à risque.

Le cinquième axe s'articule autour du **déploiement d'un système d'information adapté** (messagerie sécurisée, dossier médical partagé, développement de services numériques d'appui à la coordination ergonomiques et mobile).

Le dernier axe réside dans la **mobilisation des acteurs du territoire**, avec des actions de sensibilisation et de communication et des formations destinées aux professionnels.

IV. PAERPA : bilan après 18 mois

Un premier bilan du PAERPA sur l'Est Var peut être dressé dix-huit mois après le début de l'expérimentation, un peu plus d'un an après la validation de la feuille de route. Le premier constat réside dans la forte mobilisation des acteurs, mobilisation qui a permis la mise en œuvre rapide, en une année, de 80% de la feuille de route 2017-2018.

Des progrès notables ont déjà été réalisés en terme de :

- Réflexion globale sur le parcours des personnes âgées
- Décloisonnement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- Meilleure lisibilité des dispositifs de coordination
- D'évolution des pratiques professionnelles.

Les axes d'amélioration portent sur l'anticipation des situations à risques de ruptures évitables et au soutien des aidants à domicile, qui feront l'objet d'actions nouvelles dès 2018. Des actions sont également prévues en 2018 se développement de la télémédecine en EHPAD, de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse ou encore des soins dentaires adaptés.

Ces résultats très encourageants ont conduits l'ARS PACA à étendre l'expérimentation : la démarche PAERPA sera étendue au Var-Ouest dès 2018, le déploiement de nouveaux outils SI de coordination est programmé sur le territoire pour la fin de l'année la CTA du Var-Est évoluera progressivement vers une PTA prenant en charge tous les publics.

Cette dynamique d'expérimentations s'enrichira de nouvelles innovations mises en œuvre par l'ARS PACA, en cohérence avec son nouveau Projet Régional de Santé 2018 à 2022 telles que l'élargissement des horaires pour les SSIAD ou des PASA de nuit. Au niveau national, une évaluation sera menée cette année.

En fonction de l'évaluation de la démarche, certains dispositifs pourront être intégrés dans le droit commun, d'autres faire l'objet de la poursuite de l'expérimentation. De nouveaux modes d'organisation et de financement tels que le LFSS 2018 sont également prévus.

Dr. SACCOMANO

Les problématiques d'accès aux soins constituent une réalité qui ne cesse de s'accroître. Les patients ont besoin d'une prise en charge globale, qui s'avère plus complexe lorsqu'ils sont âgés ou qu'ils présentent plusieurs pathologies. La région compte une population âgée particulièrement élevée. En parallèle, les conditions de travail des professionnels libéraux se dégradent. La démographie médicale est en berne même si la densité est plus élevée en Paca que sur le reste du territoire.

Le système de santé a été longtemps organisé autour de l'hôpital. Aujourd'hui, cette conception n'est plus suffisante pour répondre à la demande. Le décloisonnement devient une nécessité pour optimiser la prise en charge des patients.

Toutes les informations relatives à un patient, médicales mais aussi administratives, doivent être mises en commun. La loi de modernisation des soins a incité les professionnels à s'organiser autour du patient mais aussi à travailler ensemble afin de trouver des solutions de terrain. Les échanges réguliers entre les différents acteurs sont positifs.

Les problématiques actuelles nécessitent de revoir les paradigmes. Il convient d'améliorer l'organisation des soins primaires mais aussi de soutenir les professionnels libéraux. Les professionnels de santé sont débordés. Le changement d'attitude passera certainement par la formation. Les outils communs doivent être appropriés.

L'exercice regroupé facilite les échanges entre médecins, favorisant la coordination et les parcours de soins coordonnés. La coordination peut prendre la forme de la sollicitation d'un autre professionnel de santé, comme un kinésithérapeute intervenant au domicile. Parfois, le professionnel n'a pas le temps de prendre en charge le patient ou doit hospitaliser un aidant. Un dispositif tel que PAERPA trouve alors tout son sens.

Il est cependant important que la démarche ne rajoute pas des couches à un mille-feuille administratif, tout en répondant aux besoins concrets des professionnels de santé. Nous remontons régulièrement les ressentis, les retours d'expérience quant à l'utilisation de la plateforme.

Le décloisonnement suppose des outils efficaces. Le développement d'outils informatiques permettant des interfaces entre les professionnels libéraux, hospitaliers ou autres, est fondamental. Les agendas partagés devraient optimiser les parcours de soins. Le DMP n'est toujours pas opérationnel mais des progrès sont perceptibles dans ce domaine.

D'autres pistes de décloisonnement comme la télémédecine sont en développement. Les médecins ont ainsi initié des téléconsultations de dermatologie qui améliorent la prise en charge des patients en apportant une réponse rapide. Un tel dispositif s'avère également particulièrement pertinent en psychiatrie.

Je vous félicite pour le succès de la démarche PAERPA qui permet de co-construire la médecine de demain.



ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Pouvez-vous nous en dire plus quant au rôle et au fonctionnement de l'Équipe de soins primaires ?

L'équipe de soins primaires fait partie des solutions visant à améliorer la prise en charge des patients. Elle consiste à formaliser le travail d'une équipe autour d'une patientèle. Une équipe de soins primaires peut être constituée d'un médecin, d'une infirmière et d'un kinésithérapeute et s'intéresser à des problématiques telles que la chute d'une personne âgée.

Je suis infirmière libérale sur Fréjus. Je m'inquiète car de plus en plus de personnes âgées ne trouvent pas de praticien acceptant d'effectuer des visites à domicile.

Nous déplorons l'absence de réponse officielle de l'Etat sur la pénurie des médecins. Le numerus clausus a restreint le nombre d'étudiants en médecine. Le recrutement des infirmiers est également problématique, ce qui a conduit à faire appel massivement à du personnel étranger. Ces difficultés de ressources n'ont pas été anticipées. Chez les praticiens, les burn-out n'ont jamais été aussi nombreux. Le décloisonnement devrait permettre à chaque professionnel de se recentrer sur son cœur de métier.

Je suis médecin généraliste dans le Var. J'ai été amené à réfléchir avec d'autres professionnels pour des projets tels que des maisons pluriprofessionnelles. Quel est l'intérêt de se lancer dans de telles organisations alors que, au quotidien, nous travaillons déjà de façon coordonnée, sans formalisation ? Rentrer dans un tel dispositif ne risque-t-il pas de générer encore plus de travail administratif ?

Je comprends votre point de vue. Nous avons également eu la sensation que nous allions devoir formaliser ce que nous faisons déjà. Cependant, les dispositifs proposés favorisent les échanges et le partage d'outils. Par ailleurs, les parcours coordonnés permettent d'obtenir des aides financières, notamment des subventions de l'ARS. L'URPS peut vous accompagner dans vos projets de regroupement et de décloisonnement.

6. MAINTIEN À DOMICILE : QUELS NOUVEAUX OUTILS SUR LE VAR-EST ?

Intervenants :

Dr PIANO,
Pilote de la CTA

Dr CHILLI,
Médecin généraliste, URPS médecins libéraux Paca

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

Dr BOYER,
Psychiatre coordinateur, CHI de Fréjus-Saint-Raphaël

Modératrice :

Dr Pulvenis,
Chef de projet PAERPA VAR

I. La Coordination territoriale des aînés (CTA) Var-Est

Dr PIANO

Je vous présente Auguste. Il a 80 ans, il vit seul, se déplace avec difficultés, est dénutri, déprime et prend dix médicaments par jour. Auguste ne veut pas quitter son domicile. Mais pour rester chez lui, Auguste a besoin de différents acteurs. La Coordination territoriale des aînés joue un rôle majeur en générant du lien.

A partir d'un numéro de téléphone unique, la CTA recherche les informations pertinentes, oriente les professionnels, constitue la coordination clinique de proximité et renforce les mesures de maintien à domicile. Elle peut mobiliser des expertises à domicile (psychiatre, gériatre, ergothérapeute).

La coordination ne fonctionne que grâce à l'implication de tous les acteurs. L'évaluation permet de déterminer si l'organisation mise en œuvre est pertinente et viable.

Les missions de la CTA s'organisent autour de quatre grands domaines d'action :

- Information et orientation (plus de 1 300 appels)
- Observance des événements de rupture des parcours
- Appui aux professionnels
- Activation d'expertises (450 expertises)

Le site www.ctavarest.fr présente de nombreuses ressources. J'invite les professionnels de santé à les exploiter. Je tiens à remercier toute l'équipe de la CTA qui s'investit au quotidien afin d'améliorer la prise en charge des aînés.

II. Les Plans personnalisés de santé (PPS)

Dr CHILI

Les Plans personnalisés de santé constituent des outils de décroisement, d'anticipation et de prévention. Ils contribuent à éviter les ruptures de parcours des aînés en suivant une méthodologie établie et en favorisant la concertation entre tous les acteurs.

Pour le moment, le PPS est présenté sous forme papier. Il sera, à terme, informatisé.

Chaque terme de l'appellation PPS est porteur de sens. Comme son nom l'indique, le PPS est avant tout un plan. Un plan d'actions qui définit les problématiques, les actions à mener, les intervenants et le calendrier de réalisation.

C'est aussi un plan personnalisé. Il est construit à partir d'une évaluation complète de la situation du patient concerné. Celui-ci doit donner son consentement au partage de l'information et faire connaître ses attentes.

Ce plan personnalisé aborde la santé dans sa globalité, au-delà du soin. Les ressources incluent le secteur social, l'éducation thérapeutique et tout ce qui fait le quotidien du patient.

Le PPS peut être initié par tout intervenant en contact avec le patient. Il doit être construit le plus en amont possible. Un certain nombre de critères valident sa pertinence : au moins une hospitalisation dans les six mois, la poly pathologie ou une défaillance sévère d'un organe, la poly médication, la restriction des déplacements, les troubles cognitifs comportementaux, les problèmes économiques et sociaux (ressources limitées, habitat inadapté, isolement) et les problématiques d'accès aux soins.

Le PPS est constitué d'une seule feuille A4.

La première partie comporte 4 zones d'identification : le rédacteur du PPS , le patient concerné et son CONSENTEMENT , les aidants présents autour du patient et les intervenants professionnels y compris la CCP :

La seconde partie du PPS est la partie médicale et du plan d'aide : identification de la problématique (19 items pré-identifiés sont proposés avec une cache à cocher mais il est bien sûr toujours possible d'ajouter une problématique autre) et enfin le plan d'actions priorisé à mettre en œuvre qui reprend la problématique identifiée ; l'action correspondante ; le nom de l'intervenant en charge de l'action et le critère d'atteinte du résultat ou de réalisation de l'action et enfin une date de réalisation.

Une fois le PPS rédigé avec l'ensemble des intervenants de la CCP, le médecin traitant valide ou pas le PPS. Le remplissage du PPS n'est pas la somme des propositions de chaque professionnel mais le fruit d'une concertation en équipe.

La validation déclenche la rémunération symbolique des acteurs de la Coordination Clinique de Proximité
Le PPS débouche sur un suivi et une réévaluation (il n'y a pas de PPS sans suivi).

La check-list permet de prioriser les problèmes qui doivent être traités, et séquencer les actions (tous les problèmes n'ont pas vocation à être traités en même temps), la nature des situations à problèmes fait l'objet d'une réactualisation à l'occasion de points d'étape lors du suivi.

La check-list permet de résumer les problématiques au cours des points d'étape successifs et permettre ainsi de suivre leur évolution au fil du temps.

La check-list est accompagnée d'un tableau illustrant la grande variété d'actions possibles qui ne seront pas toutes accessibles sur un territoire donné. Si le manque d'offre est avéré, il pourra remonter comme un besoin non couvert au niveau de la coordination d'appui.

Ces actions peuvent par exemple inclure la sensibilisation de l'entourage à la nécessité de conserver une activité physique, l'intervention d'une podologue ou encore l'adaptation du logement.

III. L'équipe mobile gériatrique extrahospitalière

Dr KAIDOMAR

L'équipe mobile gériatrique extrahospitalière compte deux antennes, l'une attachée au centre hospitalier de la Dracénie et la seconde, dont j'ai la charge, sur Fréjus-Saint-Raphaël. Cette équipe est constituée d'un médecin gériatre, d'une infirmière formée à la prise en charge gériatrique, d'une ergothérapeute et d'une secrétaire coordinatrice.

L'équipe mobile gériatrique peut être sollicitée, par le biais de la CTA, par tous les professionnels intervenant auprès du patient. L'objectif est d'emmener le gériatre au lit du patient. Chaque rendez-vous dure souvent plus d'une heure car les situations sont déjà complexes. Les aidants sont satisfaits de la prestation proposée. Des plaquettes portant sur des thématiques telles que la nutrition, les chutes, les risques médicamenteux leur sont remis.

Chaque fois que nous nous rendons au domicile d'un patient, nous rédigeons un compte rendu détaillé qui reprend les antécédents, la situation sociale, les actions déjà en place. Ce compte rendu est envoyé aux professionnels de la coordination territoriale de proximité. Beaucoup de patients sont en rupture de soins : nous tentons alors de les réorienter vers les interlocuteurs pertinents.

Pour résumer, si votre patient a besoin d'une prise en charge globale, n'hésitez pas à solliciter la CTA !

IV. L'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé

Dr BOYER

Les personnes âgées accèdent difficilement à la psychiatrie. Pourtant, de nouvelles pathologies apparaissent avec l'âge. Par ailleurs, plus un patient vieillit, plus son histoire est longue. La perte d'autonomie et l'impact psychologique des polyopathologies doivent également être pris en compte. Le rôle des aidants et des accompagnants doit également être évalué.

La démarche PAERPA génère de nouvelles opportunités autour d'une prise en charge coordonnée et personnalisée. Dans ce cadre, une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie a été instiguée. Elle regroupe psychiatres, infirmières, psychologues, secrétaires, cadres... Nous travaillons en concertation avec les professionnels de santé et du médico-social.

Cette équipe se rend au domicile de la personne âgée pour faire le point sur sa situation et évaluer ses besoins. Lorsqu'une personne est chez elle, son comportement est différent de celui qu'elle adopte chez un médecin, à l'hôpital. C'est aussi l'occasion de recenser les ressources disponibles. Ainsi, il est important de ne pas négliger le pouvoir soignant de la voisine ! La solidarité autour d'une personne joue un rôle primordial.

La dynamique initiée depuis septembre dernier semble être la bonne en vue de prendre en charge, au mieux, les dimensions psychiatriques et psychologiques. Il faut du temps pour que l'équipe s'organise mais aussi que les patients avancent. Les consultations de télémedecine à destination des EHPAD constituent également des pistes d'amélioration prometteuses.

7. PTA VAR-OUEST : L'INTÉRÊT DE L'EXPERTISE GÉRIATRIQUE DANS UNE DYNAMIQUE DE PTA « TOUS PUBLICS »

Intervenants :

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

Dr BROQUIER,
Médecin coordonnateur de la PTA Var-Ouest

Dr. BOUTONNET

La plateforme territoriale d'appui s'est récemment ouverte sur un territoire nouveau mais aussi sur de nouveaux publics. Dans ce contexte de développement, l'expertise gériatrique constitue un véritable atout.

Sur notre territoire, l'histoire commence à la fin des années 90 avec les ordonnances Juppé, qui posent la question des parcours de santé. A partir de 2000, un Groupement d'intérêt public, COMET, est organisé à Hyères. Une filière gériatrique prend forme. Aujourd'hui, COMET rassemble douze établissements. En 2013, ces parcours sont enrichis par l'ouverture d'une MAIA. L'année 2015 est consacrée à l'appui à la coordination avec le début de l'expérimentation CTA sur le bassin hyérois. Les besoins et les populations spécifiques sont identifiés, les ressources cartographiées. En 2016, le réseau est transformé en PTA afin de profiter à un territoire plus étendu. Les différents dispositifs de coordination (CLIC, réseaux gérontologiques et soins palliatifs, MAIA) convergent. Cette étape favorise la mutualisation des compétences et des expertises, l'ouverture à tous les publics et un élargissement du territoire au Var- Ouest.

En 2017, la PTA est devenue opérationnelle en conservant son expertise gériatrique. L'expérience acquise en gériatrie a été aidante pour relever les défis. L'assise forte sur les dispositifs PA (CLIC, réseaux, MAIA) porte en exemple les parcours et les mises en lien nécessaire des acteurs pour les fluidifier. Les MAIA ont mis en exergue l'approche intégrative et les coopérations sur les territoires élargis. Ces expériences ont eu valeur d'exemple pour dupliquer la méthode à d'autres publics. Des cultures différentes ont été réunies sous une barrière commune. Un numéro unique améliore la visibilité et l'efficacité. La démarche a prouvé son efficacité.

Dr. BROQUIER

Notre territoire est marqué par le vieillissement de sa population, particulièrement prégnant sur le Var-Ouest. En ce qui concerne la PTA, 30 % des demandes émanent des professionnels libéraux. En 2017, 80% des demandes correspondent à des situations de complexité médico-sociale. 74% des personnes concernées ont plus de 75 ans. 50% des personnes ont bénéficié d'une expertise gériatrique, le plus souvent sous la forme d'une visite à domicile donnant lieu à la mise en œuvre d'actions concrètes (aide à domicile, accueil de jour, recherche d'un professionnel de santé...). Le dispositif est monté en puissance au premier trimestre 2018. L'appui à la coordination a augmenté de 86%. Les demandes de personnes hors bassin hyérois s'établissent à 36%.

L'expérience acquise dans le cadre de la Plateforme territoriale d'appui dédiée aux personnes âgées profite désormais à d'autres publics. La proximité avec les médecins traitants est gage d'efficacité. Le maillage territorial est fort.

L'extension de la PTA constitue également une opportunité pour la gérontologie, avec une facilité d'accès renforcée et un gain de visibilité, des acteurs nouveaux et en territoire étendu. La logique départementale tient compte de la recomposition de l'offre.

A ce jour, certains projets sont consolidés, d'autres toujours en développement. La convergence des dispositifs et l'ouverture du territoire se sont concrétisés. Les parcours personnes âgées sont élargis, avec une expertise gériatrique médicale et paramédicale accessible dans un principe de subsidiaire. La feuille de route est ambitieuse, avec 54 actions définies. L'extension du PAERPA permet de soutenir le projet.

Dr. BROQUIER

Le projet présenté illustre bien le fait que la forme doit servir le fond. La méthode a servi le parcours. Les apprentissages de la gérontologie s'effectuent au bénéfice de tous les publics.



ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Le déploiement de la démarche PAERPA permettra-t-il une meilleure prise en charge à domicile ? Aujourd'hui, le nombre d'heures dont bénéficient nos aînés s'avère insuffisant.

M. BOUTONNET

La prise en charge des personnes âgées doit être conçue de façon globale. L'optique est celle du « Zéro sans solution » préconisée par le rapport Piveteau pour les personnes handicapées. Les différents acteurs doivent se réunir pour trouver une solution personnalisée. Les pilotes ont réalisé un travail remarquable pour cartographier les besoins et rechercher des organisations innovantes. Les mutuelles sont prêtes à devenir parties prenantes de la démarche. Les établissements médico-sociaux peuvent servir de relais en apportant un soutien permettant aux personnes âgées d'être suivies tout en demeurant à domicile.

8. COORDINATION ET SYSTÈME D'INFORMATION

Intervenants :

M. CURTO,
Chef de projet système d'information de santé ARS Paca

M. SIMON,
Chargé de mission systèmes d'information à l'ARS

M. CURTO

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont investi massivement sur les systèmes d'information, notamment au travers des programmes PAERPA et TSN (Territoire de soins numériques). 80 millions d'euros ont permis de tester des solutions innovantes. Un retour d'expérience national a été réalisé fin 2017.

Le développement de services informatiques dédiés à la coordination impose de disposer d'un socle commun, composé notamment du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ou du Serveur d'Identité Régional (SRIR). Ces outils socles doivent être consolidés afin de déployer des services numériques dédiés à la coordination efficaces. Territoire de soins numériques a permis de déployer un certain nombre de ces services. La marge en termes de développement des usages demeure cependant élevée. La principale raison est liée à l'ergonomie mais surtout à une interconnexion insuffisante entre ces services et les SI des professionnels de santé. Cette recherche d'interopérabilité est un chantier important, complexe et coûteux.

Sur le plan de l'accompagnement au changement, la communication institutionnelle doit nécessairement être complétée par une animation de proximité dynamique et constante, en collaboration avec des professionnels de santé « promoteurs ».

M. SIMON

Le partage d'information nous anime depuis des années. L'interopérabilité joue un rôle de plus en plus important. Il y a pas si longtemps, les systèmes d'informations avaient tendance à se développer sans se préoccuper nécessairement de la possibilité d'échanges avec le système d'information « voisin » aux fonctionnalités semblables. Les chantiers socles sur les référentiels d'interopérabilité sont menés au niveau national et leur déclinaison au niveau régional est devenu indispensable. Une urbanisation cohérente des systèmes d'information doit être considéré comme essentielle.

Le répertoire des ressources (ROR) est un référentiel régional décrivant l'offre sanitaire. L'offre médicole-sociale devrait prochainement être décrite dans ce répertoire.

L'identifiant National est un des premiers vecteurs pour l'échange et le partage de l'information. Il doit permettre une identification fiable des patients dans le cadre de leur prise en charge. En complément et dans l'attente de sa généralisation, l'ARS PACA soutient la mise en œuvre du serveur régional d'identité et de rapprochement d'identité.

Le Dossier médical partagé est un outil qui peut contribuer à la coordination et au partage. La gouvernance de ce projet national a été reprise par l'Assurance maladie qui lui a redonné une nouvelle impulsion. Une communication grand public est attendue d'ici la fin de l'année 2018.

La messagerie sécurisée de santé (MSSanté) constitue un chantier important. A ce jour 58 % des professionnels de santé médicaux libéraux disposent d'une boîte aux lettres MSSanté.

M. CURTO

L'autre grand axe de travail concerne le déploiement des Services numériques d'appui à la coordination. Ces outils numériques favorisent le partage d'information entre les professionnels de santé et la gestion des parcours des patients. Le cahier de liaison ou encore le PPS numériques feront partie des services déployés en région avant 2021.

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.

M. ROUSSEAU

Le décloisonnement ville/hôpital est un sujet éminemment d'actualité, comme le confirment les orientations gouvernementales (nouvelle Stratégie nationale de santé, Stratégie nationale de transformation du système de santé), le rapport JARDRY commandé par la FHF ou encore le nouveau PRS2.

La médecine de parcours est le nouveau concept qui remplace celui de prise en charge globale du patient, lui apportant une dimension plus dynamique. L'enjeu est encore une fois centré sur l'utilisateur, mais il vise aussi à redonner du sens à l'action de chacun des acteurs du parcours, et à améliorer l'efficacité globale du système de santé.

Avec le programme PAERPA, tout semble avoir été mis en œuvre pour que l'ensemble des préoccupations des acteurs convergent vers la personne âgée, malgré les cloisonnements institutionnels qui demeurent. Le partage de l'information est facilité, la coordination est renforcée, la réactivité pragmatique face aux situations les plus courantes est le leitmotiv pour éviter l'hospitalisation évitable. Les dispositifs de droit commun évoluent en ce sens. Dans le cadre de cette table ronde, des professionnels vont nous présenter leur perception du décloisonnement ville/hôpital.

I. Le point de vue du généraliste

Dr TUFFERY

En tant que médecin généraliste, je suis souvent en lien avec les établissements de santé. Il est important que les médecins de ville disposent d'un interlocuteur au sein de l'hôpital, un référent en fonction de la pathologie. Le turn-over dans les établissements est de plus en plus important : les professionnels de santé ne se connaissent plus. Les outils informatiques doivent favoriser la transmission des bilans médicaux, des comptes rendus des examens. Le médecin traitant doit être associé à l'organisation de la sortie du patient.

L'HAD constitue un outil utile mais la concertation avec les médecins libéraux est essentielle.

Les médecins sont plus âgés, ils n'ont plus le temps de réaliser des visites sur le terrain. Les départs à la retraite ne sont plus remplacés. Les jeunes médecins ne souhaitent pas s'installer dans des « déserts », sans école, sans commerce. Tous ces éléments doivent être pris en compte.

Nous avons besoin de réaliser un diagnostic des ressources et des besoins du territoire. Le médecin généraliste doit demeurer le premier recours, sauf en cas de carence avérée. Les trois clés sont la concertation, la coordination et la coopération. Le parcours du patient doit être construit de façon concertée, de son accueil à l'hôpital à son retour au domicile.

La filière gériatrique repose sur l'articulation entre l'hôpital et les professionnels libéraux. Les échanges entre l'hôpital et la ville gagneront à être systématisés, grâce à la messagerie sécurisée et à la compatibilité des systèmes d'information. Une réactualisation régulière de l'annuaire des professionnels de santé facilitera l'identification du bon interlocuteur.

Pour les hospitalisations programmées, les patients doivent être transférés dans le service concerné, sans passer par les urgences. À sa sortie, le patient pourrait être muni d'une fiche de liaison. Les acteurs qui sollicitent le plus les urgences pourraient être cartographiés afin de rechercher des solutions alternatives.

II. Le point de vue de l'urgentiste

Dr MINGUET

Le lien entre les urgences et la médecine de ville est essentiel. Il est important que les acteurs se connaissent. Tous ont le même objectif : soigner au mieux des patients. Mais les temporalités sont différentes. Connaître les antécédents d'un patient aide à sa prise en charge. Les professionnels hospitaliers devraient avoir accès à ces éléments de manière systématique.

Notre système de santé fait face à des défis qui ne pourront être relevés que si la ville et l'hôpital travaillent conjointement, pour proposer des soins concertés. Un récent rapport recense de nombreuses propositions à travailler entre les acteurs.

M. ROUSSEAU

Le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter. Est-ce un symptôme majeur des dysfonctionnements de notre système de santé ?

Dr MINGUET

Je pense que oui. Les urgentistes sont parfois en quête de T2A. Plus l'activité est importante, plus les financements sont conséquents. Les maisons médicales permettent de résorber une part de l'activité des urgences mais seulement sur certaines plages horaires. Les patients veulent de plus en plus tout, tout de suite : diagnostic, examens médicaux, ordonnance...

M. ROUSSEAU

Le programme PAERPA vise notamment à repérer aux urgences les personnes fragiles. Comment cela fonctionne-t-il à Draguignan ?

Dr. MINGUET

Dans le cadre de notre dossier informatisé, une case supplémentaire apparaît lorsque le patient de plus de 75 ans présente au moins un critère de fragilité. Transmis à la CTA, son signalement permet de proposer une prise en charge en amont d'un éventuel retour aux urgences, par la mobilisation de différents professionnels (soignants libéraux, travailleurs sociaux, équipes mobiles extra-hospitalières) travaillant en synergie. Le point à revoir réside dans la complétude de l'information médicale transmise à la CTA, au-delà du simple signalement.

M. ROUSSEAU

15% des passages aux urgences concernent des patients de plus de 75 ans.

Dr MINGUET

Le paradoxe des passages est lié au fait que les patients se présentent entre 8 et 20 heures, horaires durant lesquels les cabinets de ville sont ouverts. Il est donc possible de s'organiser autrement. Les parcours de santé nécessitent la coordination des acteurs. La prévention de l'hospitalisation, quand c'est possible médicalement, demeure la meilleure prise en charge.

III. Le point de vue du gériatre

M. ROUSSEAU

Comment travailliez-vous en décloisonnement avant PAERPA ?

Dr CHAIX

Le séjour à l'hôpital perturbe les personnes âgées. Les missions hospitalières permettent de prendre en charge les pathologies aiguës mais il est nécessaire de mettre l'accent sur la prévention et l'iatrogénie médicamenteuse. Le passage à l'hôpital est trop souvent une rupture de parcours. Les liaisons entre les gériatres et les urgences ont été renforcées. Des conventions ont été signées avec les EHPAD pour faciliter le retour du patient. Des formations sont régulièrement organisées sur les pathologies en lien avec le vieillissement. Un travail a été mené avec la médecine de ville pour améliorer l'organisation des hospitalisations programmées, qui permet d'éviter le passage par les urgences. Les services sociaux ont travaillé au développement d'une équipe mobile. Les relations entre les différents partenaires sont une nécessité.

M. ROUSSEAU

Qu'est-ce que PAERPA a changé dans vos pratiques professionnelles ?

Dr CHAIX

PAERPA est un projet très ambitieux. Le dispositif « Parcours des Aînés » nous a été présenté comme une expérience nouvelle au service des personnes âgées. Nous avons d'emblée souhaité y adhérer. La coordination et le lien interprofessionnel constituent une réalité. Les réunions ont permis d'apprendre aux acteurs de se connaître et de travailler de concert, à partir de cas concrets. La conciliation médicamenteuse constitue une problématique essentielle.

La démarche PAERPA est selon moi le début d'une aventure. La prise en charge est plus personnalisée, la coordination entre les acteurs est renforcée.

M. ROUSSEAU

Il vous arrive d'intervenir au domicile d'un patient, dans le cadre des équipes mobiles, alors que vous êtes un praticien hospitalier. Quel est l'intérêt de telles visites ? Est-ce votre place ?

Dr CHAIX

Nous rendre au domicile des patients est un enrichissement. L'équipe extrahospitalière rencontre le patient dans son environnement. C'est particulièrement essentiel dans le cadre des troubles cognitifs. Les visites s'effectuent à la demande de la CTA, elle-même alertée par une personne signalant une possible perte d'autonomie. Les conclusions de l'équipe mobile sont partagées avec tous les professionnels de santé. Ce rendez-vous permet également d'évaluer l'aidant, son épuisement, sa volonté d'aller le plus loin possible dans le maintien à domicile. Nous pouvons déployer des aides à domicile, par le biais de la CTA.

Cependant, le maintien à domicile peut aussi connaître des limites, notamment en cas de perte des liens sociaux.

M. ROUSSEAU

Etes-vous satisfaite des lettres d'entrées que vous recevez ?

Dr CHAIX

Ces lettres d'entrées pourraient être améliorées. Par ailleurs, les hospitalisations programmées ne représentent aujourd'hui que 23% des hospitalisations. Un travail doit être mené avec l'ensemble des professionnels pour mieux cadrer les entrées et faciliter le partage d'information.

IV. La préparation de la sortie d'hospitalisation et du retour à domicile

Dr TOUREILLE

La version personnes âgées du programme PRADO est expérimentale dans le Var. Ce programme a d'abord concerné les jeunes mamans, puis la chirurgie et les pathologies chroniques. PRADO est mis en œuvre dans le cadre du virage ambulatoire. Il vise également à limiter les réhospitalisations, fréquentes chez les personnes âgées.

Une personne âgée hospitalisée a 60 % de risques d'être réhospitalisée dans les six mois. L'HAS prévoit l'organisation d'une consultation médicale dans la semaine suivant l'hospitalisation et le partage des informations. Toujours selon l'HAS, L'accompagnement doit durer entre un et trois mois, et la présence d'un navigateur en charge de l'organisation de la sortie.

Le PRADO PA prévoit un accompagnement durant 1 mois. Organisé autour du médecin traitant il inclut également un accompagnement social si besoin.

Le conseiller d'assurance maladie est le « navigateur » qui organise le retour à domicile et le suivi. Le plus : c'est un suivi de proximité comme par exemple un rappel la veille des RDV programmés pour la personne âgée. Le pharmacien est aussi associé à ce nouveau PRADO.

Une soixantaine de patients a bénéficié de PRADO depuis sa mise en place dans le Var, en novembre dernier.

Mme DE NICOLAÏ

L'innovation organisationnelle est aujourd'hui portée par le gouvernement. La démarche vise à améliorer la coordination des parcours de santé, de renforcer la pertinence des actions et de faciliter le décloisonnement, à la place d'un fonctionnement par silo. Nous allons vous présenter certaines expérimentations prometteuses.

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

Mme CERTARI

Le dispositif d'activation d'aide à domicile est un procédé expérimental, initié à la demande des médecins libéraux. Les médecins étaient parfois obligés d'hospitaliser une personne âgée parce que l'aidant ne pouvait plus assumer son rôle. Ils ne disposaient pas d'autres solutions pour les personnes ne pouvant pas demeurer seules.

Dans le cadre de cette expérimentation, des aides à domicile peuvent être déclenchées dans les quatre heures. Les services qui assument cette prestation sont volontaires. La prestation est financée par le PAERPA, avec un reste à charge de 3 euros par jour pour les aides à domicile et de 2 € par jour pour le portage de repas. La personne âgée peut bénéficier de deux heures quotidiennes d'aide, sept jours sur sept, pendant 21 jours au maximum.

Le bénéficiaire doit avoir au moins 75 ans et résider sur le territoire Var-Est. Il doit être en capacité de demeurer seul la nuit, sans droit communs existant et disposer d'une famille ou d'un mandataire qui pourra prendre en charge le relais et remplir les dossiers pour une solution durable. Le prestataire est choisi par le bénéficiaire à partir d'une liste.

L'équipe mobile gériatrique se rend au domicile de la personne âgée dans les huit jours afin de s'assurer que les besoins sont bien couverts.

II. Accueil en chambres relais en cas de défaillance soudaine de l'aidant

M. GARNIER

Le Conseil départemental propose un dispositif complémentaire afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants. Les EHPAD sont des acteurs essentiels du parcours de la personne âgée, y compris dans l'optique de favoriser le maintien à domicile.

L'accueil en chambres relais en cas de défaillance soudaine de l'aidant s'adresse à des personnes âgées qui ne peuvent pas demeurer seules à domicile dans le cadre d'une défaillance de l'aidant. Ce dispositif propose une solution temporaire de 21 jours pour faire face à une situation d'urgence.

Trois EHPAD sont associés au dispositif sur le territoire Var-Est. L'EHPAD admet la personne âgée dans la journée, prépare le retour à domicile, réalise le girage avec un médecin.

L'EHPAD perçoit un financement versé par l'ARS au titre du FIR. Dans le cadre d'un girage 1 à 4, le dossier APA est traité en urgence pour préparer le retour à domicile.

Mme de NICOLAÏ

Lorsque le girage est de 5 ou 6, la Caisse de retraite prend le relais pour assurer la prise en charge.

III. Astreinte IDE de nuit mutualisée en EHPAD

Mme SANTAMARIA

L'expérimentation porte sur une astreinte IDE mutualisée sur quatre établissements. Nous avons répondu à un appel à projet dans le cadre de PAERPA. Des infirmiers volontaires de chaque EHPAD interviennent entre 20 heures et 6 heures, pour des urgences relatives, des interventions programmées ou des accompagnements de fin de vie. L'astreinte est d'abord téléphonique. Si besoin, l'infirmier mutualisé se déplace auprès de la personne. Des fiches réflexes et des conduites à tenir ont été définies par les médecins et les cadres infirmiers référents. Entre 8 et 10 infirmiers couvrent les nuits sur l'année, avec un planning établi à l'avance.

Les infirmiers doivent avoir au moins une année d'expérience en gérontologie et avoir suivi des formations. Un téléphone portable est dédié dans chaque établissement. Une mallette recense les spécificités de chaque structure.

Le dispositif s'avère pertinent et efficace au niveau des EHPAD. En six mois, 96 appels ont été passés. Ils ont généré 38 déplacements et permis d'éviter 11 hospitalisations.

M. DEBEAUMONT

J'ai le rôle difficile de clore cette journée dense. Je remercie l'ensemble des intervenants pour la qualité de leurs présentations et les échanges avec la salle. Ce colloque, qui a regroupé 400 personnes, est une première. Il a une résonance locale, régionale, mais aussi nationale avec la présence de M. Farnault, chef de projet national PAERPA à la Direction de la Sécurité sociale. Nous avons réuni l'ensemble des acteurs du sanitaire et du social. Vous êtes l'exemple-même de ce décloisonnement.

Nous avons eu à cœur de vous montrer les différentes dimensions du programme PAERPA. Les anciens sont une valeur montante. C'est l'humain qui prime au cœur de ce PAERPA. Toutes les études le montrent : les personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible à domicile, un constat qui nous engage moralement.

Nous avons dressé un bilan mais nous regardons aussi vers l'avenir. L'enjeu consiste désormais à co-constituer la démarche. Nous sommes confrontés, tous, au défi du vieillissement. Nous devons faire évoluer la stratégie de santé, du curatif à un système décloisonné, mettant l'accent sur la prévention : le bon geste, au bon moment sur la bonne personne.

Le Var est le territoire le plus en avance pour le déploiement du PAERPA dans le cadre de la deuxième vague d'expérimentation. Nous devons aller encore plus loin sur les innovations : accompagnement des aidants, télémédecine, repérage des fragilités, formation...2018 sera également l'année de l'extension du programme au Var Ouest pour couvrir l'ensemble du département, ce qui en constitue une belle et juste reconnaissance.

Ce colloque n'aurait pas été possible sans la mobilisation des acteurs du PAERPA dont vous faites partie. Nous vous remercions pour tout ce que vous faites. Nous tenons également à féliciter les équipes pour leurs engagements sans faille.



**PLATEFORME
TÉLÉPHONIQUE**

04 94 47 02 02

contact@ctavarest.fr

du lundi au vendredi : 9h/18h

le samedi : 9h/12h

www.ctavarest.fr