



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ



# Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie :

## la démarche Paerpa

Point presse du 11 décembre 2014

*Dossier de presse*





# Sommaire

## Enjeux et objectifs

### **Prévenir la perte d'autonomie en organisant le parcours de santé autour d'équipes pluriprofessionnelles de proximité**

Prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées : un objectif clef de la démarche Paerpa

Cinq actions clefs pour chaque étape du parcours de santé

Un financement spécifique, un pilotage partenarial

Des premiers jalons posés pour une évaluation scientifique et indépendante

## Les actions clefs de PAERPA

### **Neuf parcours Paerpa lancés entre octobre 2014 et janvier 2015**

Des plans d'action des ARS finalisés, partagés avec les acteurs, et axés sur la prise en charge à domicile

Des plans d'action adaptés à chaque territoire, dans le respect du cadre national : trois exemples

*Des plans personnalisés de santé d'ores et déjà créés*

*Une coordination territoriale d'appui adossée à des structures existantes et reconnues*

*La capitalisation sur les systèmes d'information existants ou en cours de déploiement*

Des facteurs de réussite identifiés

## Sur le terrain

### **Près de 190 000 personnes âgées et 7000 professionnels de santé susceptibles de bénéficier des actions mises en œuvre**

Bordeaux (ARS Aquitaine)

Le sud-est de l'Indre-et-Loire (ARS Centre)

Le nord parisien (ARS Ile-de-France)

La Corrèze (ARS Limousin)

Le Grand Nancy (ARS Lorraine)

Les Hautes-Pyrénées (ARS Midi-Pyrénées)

La Mayenne (ARS Pays-de-la-Loire)

Le Valenciennois-Quercitain (ARS Nord-Pas-de-Calais)

Le Nord de la Nièvre (ARS Bourgogne)

# Prévenir la perte d'autonomie en organisant le parcours de santé autour d'équipes pluriprofessionnelles de proximité

## Prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées : un objectif clef de la démarche Paerpa

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent aujourd'hui 1 personne sur 10 en France. Elles ont pour 85% d'entre elles au moins une pathologie, 57% sont en affection longue durée, 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée de 12 jours en moyenne ; 44% des personnes âgées hospitalisées ont connu un passage aux urgences.

La démarche Paerpa s'adresse aux personnes de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

Pour maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne, la démarche Paerpa a pour objectif **de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment ; le tout au meilleur coût.**

En particulier, tout ce qui favorise la meilleure prise en charge du domicile est recherchée, ainsi que la baisse du recours à l'hôpital, tant pour des raisons d'efficacité que pour limiter la perte d'autonomie induite par les hospitalisations chez les personnes âgées.

La démarche promeut **une action en amont du risque de perte d'autonomie**, en agissant notamment sur les **quatre facteurs d'hospitalisation évitable de la personne âgée** :

- Dépression
- Problèmes liés aux médicaments
- Dénutrition
- Chutes

Elle favorise une **coordination optimisée des acteurs autour de la personne âgée**, qu'ils soient professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux.

## Cinq actions clefs pour chaque étape du parcours de santé

### Action clef 1 : un maintien à domicile renforcé

La démarche Paerpa renforce la prise en charge à domicile en s'appuyant sur les professionnels du premier recours : médecin traitant, infirmier, pharmacien, masseur-kinésithérapeute et autres professionnels paramédicaux, formant une coordination clinique de proximité.

Les professionnels de santé de proximité élaborent ensemble le plan personnalisé de santé (PPS), qui permet de gérer et d'anticiper la prise en charge des personnes âgées. Le PPS est déclenché par le médecin traitant dès le repérage d'une situation à risque chez une personne âgée.

Il résume la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours et établit un plan d'actions pour y répondre, comportant un volet «soins» et, si nécessaire, un volet «aides».

### Action clef 2 : une coordination améliorée

La coordination des interventions souvent multiples et la mise à disposition de la bonne information au bon moment, est un enjeu clef de la prise en charge des personnes âgées.

Pour améliorer cette coordination, la démarche Paerpa met en place une plateforme d'appui aux professionnels, aux personnes âgées et à leurs aidants sur chaque territoire pilote, appelée coordination territoriale d'appui.

La coordination territoriale d'appui (CTA) a pour objectif de favoriser l'information et l'orientation des professionnels des personnes âgées et les échanges entre professionnels. La CTA utilise les structures existantes (CLIC, réseaux, etc.), en articulation avec le dispositif MAIA lorsqu'il est déployé.

Elle permet notamment l'appui au suivi des PPS, une offre téléphonique de réponse gériatrique aux professionnels, l'activation d'aides sociales et d'expertise gériatrique, l'aiguillage vers une offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP)...



### **Action clef 3 : une sortie d'hôpital sécurisée**

Moment clé nécessitant d'être anticipé dès l'hospitalisation et organisé conjointement par les équipes de l'établissement de santé et les professionnels de ville, la sortie d'hôpital fait l'objet de dispositifs spécifiques permettant de sécuriser le retour à domicile : appui de la CTA, transition via l'hébergement temporaire pour des personnes non dépendantes ne pouvant toutefois rentrer directement à domicile, transmission d'informations au médecin traitant, articulation avec les dispositifs mis en place par l'assurance maladie et l'assurance vieillesse...

Le document de sortie d'hospitalisation : Rédigé de façon synthétique par l'équipe médicale de l'établissement de santé et transmis au médecin traitant le jour de la sortie, il reprend les motifs d'hospitalisation et les préconisations d'aide et de soins pour la sortie. Il peut contribuer à alimenter un plan personnalisé de santé si le médecin traitant l'estime nécessaire.

#### **UNE TRANSMISSION D'INFORMATIONS FACILITEE DANS PAERPA**

Différents outils sont développés afin de faciliter les échanges entre les professionnels autour de la personne âgée.

✓ **La transmission d'informations relatives à la personne âgée est facilitée**

Le décret du 2 décembre 2013 instaure un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à échanger des informations sur la personne âgée, avec son consentement, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes à la prise en charge de la personne.

✓ **La messagerie sécurisée a été élaborée par l'ASIP santé**

Les informations seront transmises par voie électronique via une messagerie sécurisée permettant l'identification certaine de l'émetteur et du receveur.

### **Action clef 4 : des passages aux urgences évités, une hospitalisation mieux préparée**

Le renforcement de la prise en charge coordonnée en ville et une transmission d'informations facilitée doivent permettre d'éviter les hospitalisations inutiles ou mal préparées.

Différents documents ont vocation à être partagés entre professionnels afin d'optimiser la prise en charge à l'hôpital :

- ✓ le volet de synthèse médicale : établi par le médecin traitant pour tous ses patients, il représente une « photographie » de l'état de santé de la personne et permet aux équipes hospitalières de disposer des antécédents de celle-ci en cas d'admission à l'hôpital ;
- ✓ Le dossier de liaison d'urgence : établi par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, il est transmis à l'hôpital en cas d'hospitalisation du résident d'un EHPAD.

Afin de limiter le recours inutile aux urgences pour les résidents d'EHPAD, sont organisées des astreintes infirmières la nuit et le weekend, mutualisées entre EHPAD du territoire.

## **Action clef 5 : des médicaments mieux utilisés**

Afin de limiter les hospitalisations dues aux médicaments et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, réduire le risque iatrogénique lié à la surconsommation de médicaments et améliorer l'observance sont deux objectifs de la démarche Paerpa.

Outre les échanges d'informations permis par le dossier pharmaceutique et le dossier médical personnel, des actions de révision d'ordonnance sont testées, notamment en sortie d'hôpital et en lien avec les professionnels de ville.

### **Un financement spécifique, un pilotage partenarial**

#### **Un financement spécifique**

Une enveloppe du fonds d'intervention régional dédiée à Paerpa est attribuée aux ARS préfiguratrices pour financer les différentes actions mises en œuvre, comme le PPS et la CTA.

#### **Un pilotage partenarial**

- ✓ **Au niveau national** : le dispositif Paerpa est piloté par la direction de la sécurité sociale en lien avec les autres directions du ministère de la Santé et le comité national rassemblant l'ensemble des parties prenantes : fédérations hospitalières, médico-sociales et sociales, représentants des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, collège de médecine générale, représentants des usagers...

Différents organismes apportent un appui technique au projet, notamment :

- l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) est en appui de la gestion territoriale ;
  - l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) évalue l'impact de la démarche Paerpa ;
  - la Haute Autorité de Santé (HAS) définit les outils à destination des professionnels pour la démarche Paerpa ;
  - la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) rémunère les professionnels de santé réalisant des PPS.
- ✓ **Au niveau territorial** : le pilotage territorial est assuré par les agences régionales de santé des territoires pilotes retenus par la ministre en charge de la Santé.

Dans chaque territoire sont installées des instances de gouvernance intégrant notamment le Conseil Général, les représentants des professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie et d'assurance retraite, les établissements, les services à domicile, les usagers.

### **Des premiers jalons posés pour une évaluation scientifique et indépendante**

L'évaluation se déploie tout au long du projet et comporte trois actions principales :

**Objectif 1 : Suivre, dès la fin 2014, le déploiement des projets** au moyen d'indicateurs de processus, et apporter ainsi un appui au pilotage national du projet assuré par la direction de la sécurité sociale (DSS).

Seront par exemple suivis le nombre de :

- professionnels formés à Paerpa,
- plans personnalisés de santé (PPS) ouverts,
- messageries sécurisées déployées.

**Objectif 2 : Comprendre en 2015 les processus de déploiement** à la fois au niveau national et dans les territoires.

Il s'agit de décrire et analyser les facteurs de succès ou d'échec au moyen de méthodes qualitatives reposant sur des entretiens avec des interlocuteurs clefs.

- Les professionnels de santé du premier recours ont-ils modifié leurs pratiques en utilisant le PPS ?
- Ont-ils pu s'appuyer sur le dispositif de coordination territoriale d'appui mis en place pour les orienter, répondre à leurs besoins et assurer le lien avec le social ?
- Les personnes âgées du territoire ont-elles eu recours au dispositif de prise en charge des frais d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation en court séjour, et pourquoi ?

Telles sont quelques questions auxquelles l'évaluation qualitative menée en 2015 devra apporter des réponses.

**Objectif 3 : Mesurer l'impact des dispositifs sur la qualité et les coûts de prise en charge des patients** dans les territoires pilotes au moyen d'indicateurs communs, comme l'évolution du nombre de journées d'hospitalisation en médecine-chirurgie par habitant, ou encore le taux de réhospitalisations à 30 jours.

Afin de s'assurer que les changements mesurés sont bien imputables aux projets Paerpa, les résultats dans les territoires Paerpa seront comparés à des territoires et des populations témoins suivis dans le temps (sur la période 2009 – 2017).

**Cette évaluation nécessite un pilotage resserré sous l'égide de la DREES pour garantir la scientificité et l'indépendance des évaluateurs.** Présidé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et co-animé par la direction de la sécurité sociale (DSS), le comité de pilotage de l'évaluation comprend les autres directions du ministère de la santé (secrétariat général, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la cohésion sociale, direction générale de la santé), des représentants des ARS concernées, la CNAMTS, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Haute autorité de santé (HAS), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et l'IRDES. Il se réunit régulièrement pour discuter et valider les grandes orientations de l'évaluation et débattre des résultats et conclusions de l'évaluation.

**Des premiers résultats quantitatifs standardisés seront disponibles au premier semestre 2015.** Les retours de l'enquête qualitative et de la capitalisation sur les premières expériences en 2015 permettront de déterminer les modalités d'extension à de nouveaux territoires.

**Les premiers résultats de l'évaluation médico-économique seront disponibles fin 2016.**



# Neuf parcours pilotes Paerpa lancés entre octobre 2014 et janvier 2015

## Des plans d'action des ARS finalisés, partagés avec les acteurs, et axés sur la prise en charge à domicile

Les neuf plans d'action Paerpa sont désormais finalisés. Élaborés sur la base du cahier des charges national, du modèle médico-économique, de diagnostics territoriaux, et de groupes de travail avec les acteurs de terrain, ils formalisent plusieurs dizaines d'actions mises en œuvre dans chaque territoire pilote.

Le premier parcours Paerpa a été lancé par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes dans le Lochois le 26 septembre 2014.

Le montant annuel moyen des plans d'action est de 1,87M€ par territoire. Les financements sont axés prioritairement sur la prise en charge à domicile, à hauteur de 53% : rémunération des professionnels de santé libéraux, coordinations territoriales d'appui, extension des horaires des SSIAD, interventions d'équipes mobiles de gériatrie en ville.

Le volet système d'information constitue près d'un cinquième des financements des plans d'action des ARS (18% des plans d'actions).

20% des financements des plans d'action sont ciblés sur les prises en charge en EHPAD, 7% sur les prises en charge à l'hôpital, le reste étant dévolu aux actions de communication, de formation et de pilotage (2%).

Les plans d'action des ARS prévoient des financements s'échelonnant en 2015 entre 500 000 € et 2,5M€, les écarts étant dû au nombre de personnes âgées du territoire et au séquençage des investissements sur les systèmes d'information, plus importants en début de période dans certains territoires. Les délégations de crédits seront réalisées en fonction de la montée en charge constatée.

## Des plans d'action adaptés à chaque territoire, dans le respect du cadre national : trois exemples

### *Des plans personnalisés de santé d'ores et déjà créés*

Un dispositif de communication renforcé et partagé entre l'assurance maladie (via ses délégués), les ARS, les URPS et le collège de médecine générale est déployé pour promouvoir ce nouvel acte dérogatoire auprès des professionnels de santé des territoires pilotes.

Des formations pluriprofessionnelles valant DPC ont été labellisées Paerpa et mises à la disposition des professionnels de santé libéraux pour approfondir les méthodes permettant de formaliser et de suivre un PPS. Des formations pluriprofessionnelles et intersectorielles pour les professionnels de ville, de l'hôpital, du sanitaire, du médico-social et du social sont par ailleurs proposées par certaines ARS.

Le déploiement des PPS s'appuie sur les maisons de santé (notamment en Mayenne), un réseau (dans la communauté urbaine du Grand Nancy), et en renforçant les systèmes d'information de coordination pour l'exercice isolé (par exemple dans le Lochois).

## **Une coordination territoriale d'appui adossée à des structures existantes et reconnues**

La CTA doit notamment offrir un appui aux professionnels de santé pour formaliser et suivre les PPS, et permettre de favoriser une gestion intégrée des sorties d'hôpital en articulation avec les dispositifs existants déployés par l'assurance maladie et l'assurance vieillesse (ARDH, Prado...), et les modalités d'obtention de l'APA le cas échéant.

Trois coordinations territoriales d'appui sont opérationnelles depuis le 1<sup>er</sup> octobre.

Les portages s'appuient sur les dispositifs existants, renforcés en tant que de besoin : A titre d'exemple, la CTA s'appuie sur un GCS d'établissements de santé et d'EHPAD s'ouvrant à des professionnels de santé libéraux dans le Valenciennois, un service d'aide à domicile porteur d'une MAIA dans le Lochois, le CCAS à Bordeaux, un Clic à Paris ou encore repose sur une répartition des missions entre les maisons de santé et les maisons départementales de l'autonomie en Mayenne.

Les CTA sont articulées avec les structures sociales du conseil général et le dispositif MAIA ancré sur le territoire.

## **La capitalisation sur les systèmes d'information existants ou en cours de déploiement**

Les systèmes d'information sont des outils clefs pour favoriser le partage d'information dans un minimum de temps pour les professionnels.

Afin de déployer des systèmes d'information de coordination, la démarche Paerpa capitalise sur les outils existants : DMP, messagerie sécurisée de l'ASIP Santé, et plateformes de coordination déployées dans certains territoires. C'est le cas d'une plateforme intégrée aux logiciels des professionnels de santé et accessible sur smartphone en Aquitaine.

Afin d'assurer le déploiement de ces outils, un accompagnement renforcé est prévu auprès des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux et des professionnels sociaux, qui bénéficient d'un accès dérogatoire à certaines informations, et doivent dès lors avoir accès à une messagerie sécurisée pour les échanger.

Des investissements en matériel de télémédecine en Ehpads sont également prévus, ainsi que le déploiement de répertoires opérationnels des ressources ou annuaires.

Ces différentes actions SI Paerpa sont articulées avec les autres projets en cours portés par le ministère et la CNSA, notamment Territoires de soins numériques, expérimentations de télémédecine, le portail grand public CNSA.

## **Des facteurs de réussite identifiés**

Quatre facteurs de réussite sont d'ores et déjà identifiés :

### **1 : La capitalisation sur les initiatives existantes**

La démarche Paerpa amplifie une dynamique portée par des initiatives existantes : les réseaux, les MAIA, le dispositif Prado, l'ARDH en sont des exemples.

## 2 : La forte mobilisation institutionnelle de tous les acteurs

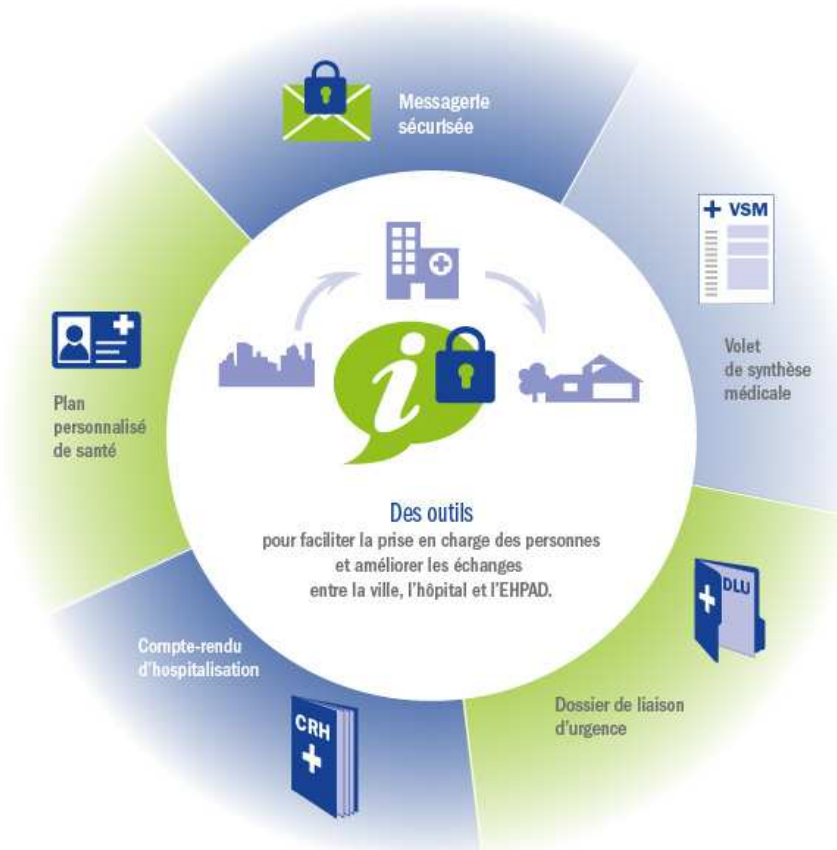
Au niveau national, les différentes parties prenantes restent mobilisées sur la co-construction de la démarche Paerpa. Les conventions types signées entre les ARS d'une part, les établissements de santé, les EHPAD, les structures porteuses de la CTA d'autre part, ont ainsi fait l'objet d'une concertation fructueuse avec les fédérations nationales et représentants des professionnels. Les représentants des usagers ont également apporté une contribution utile concernant le recueil du consentement de la personne âgée avant échange d'information, qui bénéficie d'un cadre dérogatoire élargissant les données échangées dans le cadre de Paerpa.

Au niveau local, la participation des institutions et acteurs opérationnels a permis de faire partager les diagnostics et les axes stratégiques et opérationnels des neuf plans d'action. Conseils généraux, URPS, caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, représentants d'usagers participent ainsi activement au pilotage et au suivi des projets pilotes.

## 3 : Des outils spécifiques de coordination adaptés à la pratique des professionnels

Les outils métiers ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé, et pourront être intégrés dans les logiciels métiers : plan personnalisé de santé, volet de synthèse médicale, et document de sortie d'hospitalisation.

Les systèmes d'information (messagerie sécurisée, DMP, plateforme) doivent eux aussi permettre un échange rapide d'information entre professionnels. Ils ont également vocation à être intégrés aux logiciels métiers des professionnels le cas échéant.



Création : Dbrm - Juillet 2014

**4 : Des financements dédiés à la coordination et au test d'actions innovantes**, à travers la rémunération des PPS ou la prise en charge des frais liés à l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.

## Près de 190 000 personnes âgées et 7000 professionnels de santé susceptibles de bénéficier des actions mises en œuvre



*Dans le cadre de la réflexion engagée sur la **stratégie nationale de santé**, la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a retenu neuf projets pilotes parmi les candidatures présentées par les agences régionales de santé (ARS) en 2013. Ces projets pilotes mettent en œuvre le cahier des charges national de façon adaptée aux spécificités et aux besoins du territoire.*

### **La définition des besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie**

Les besoins des personnes âgées en soins et en aides ont servi de fil rouge à l'élaboration du cahier des charges national. Un « **parcours idéal** » a ainsi pu émerger, proposant une meilleure prise en charge, un meilleur accompagnement et une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

### **Améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants**

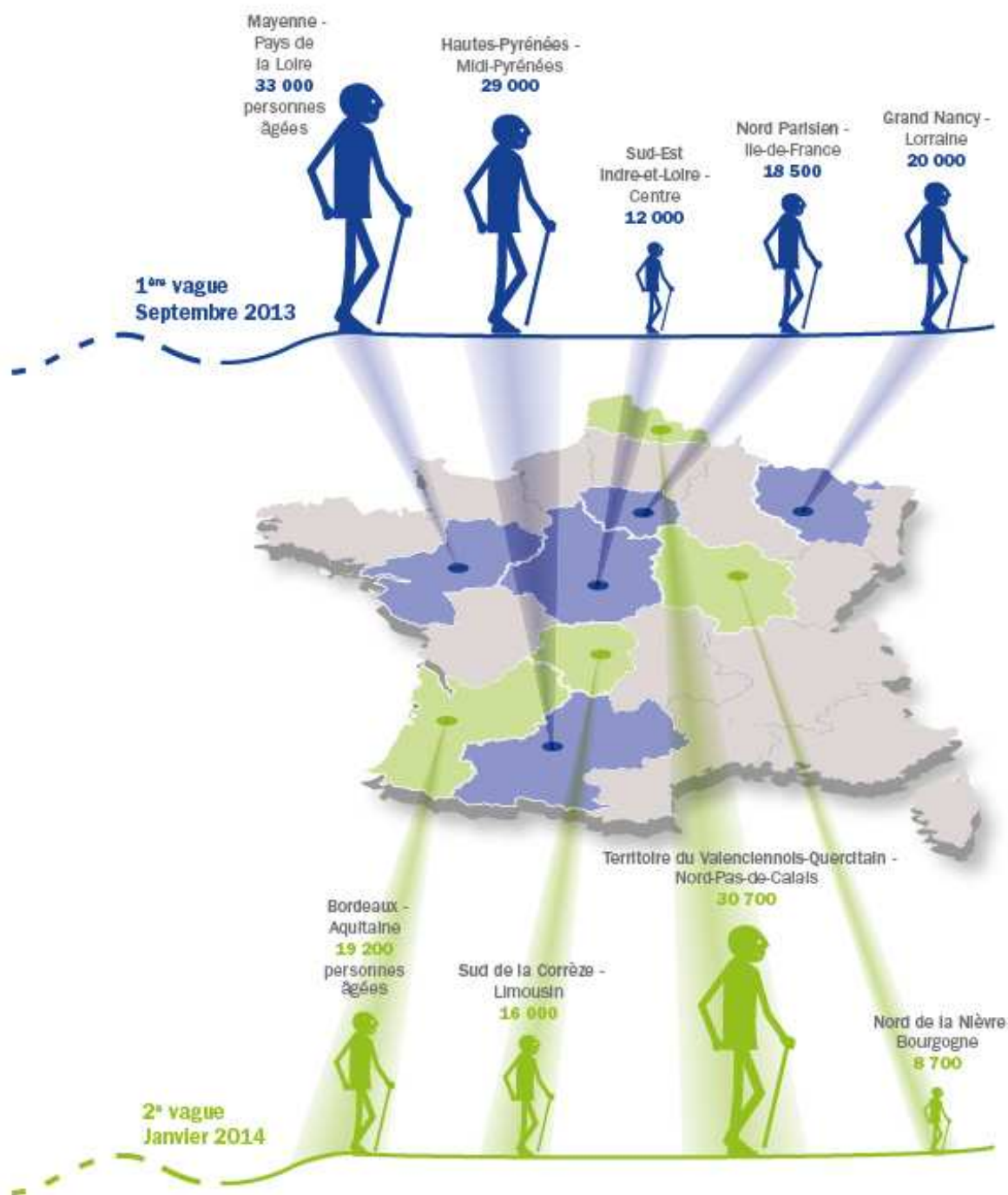
L'approche par parcours de santé permet de s'inscrire dans une démarche de **prévention des facteurs de risque de perte d'autonomie** et de répondre aux besoins des aidants dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées.

### **Neuf projets pilotes sélectionnés**

Les ARS qui s'étaient portées candidates, ont été sélectionnées pour avoir déjà mis en place **les bases d'une coopération entre les différents acteurs de santé et du secteur médico-social**.

Neuf projets ont été retenus : en Aquitaine, Centre, Ile-de-France, Lorraine, Limousin, Midi Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Bourgogne et Pays-de-la-Loire et parmi eux, cinq ont été lancés en septembre 2013, quatre en janvier 2014.

Les autres agences régionales de santé auront la possibilité de rejoindre le dispositif dans un deuxième temps.



Conception : Decem - Juillet 2014



# Bordeaux

## Le territoire concerné

Le territoire retenu est celui de la ville de Bordeaux où vivent 236 000 habitants et 19 200 personnes âgées de 75 ans et plus, dont 49% vivent isolées et 18% sont atteintes de démence.

## Le contexte

Sur ce territoire, l'offre de service dans le domaine de la santé est conséquente, mais les différents professionnels intervenant auprès des personnes âgées souhaitent une meilleure coordination. Des actions ont d'ores et déjà été engagées par les opérateurs de terrain, avec l'appui de l'ARS Aquitaine : un dispositif de coordination à travers le CLIC (centre local d'information et de coordination), une permanence téléphonique de médecins gériatres au CHU, une expérimentation de téléconsultations en dermatologie pour les personnes âgées entre un centre expert situé au CHU et six établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc. Par ailleurs, un Contrat local de santé (CLS) est engagé avec la ville de Bordeaux.

## Les objectifs

Avec cette expérimentation, l'ARS Aquitaine souhaite développer sur le territoire de Bordeaux des dispositifs de coordination de proximité associant les personnes elles-mêmes, leur entourage et les acteurs du soin, de l'accompagnement médico-social et de la prévention.

Le projet est centré sur 4 objectifs principaux :

- **Prévenir la perte d'autonomie** par le développement d'actions de prévention en amont du vieillissement et par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la fragilité,
- **Diminuer des hospitalisations inutiles** en urgences des personnes âgées (via la mise en place d'infirmiers de nuit, la création de chambres d'hébergement d'urgence en EHPAD),
- **Améliorer la gestion des sorties d'hospitalisations et mieux préparer le retour à domicile** en améliorant les organisations et les pratiques professionnelles, développer la réponse d'intervention à domicile à partir des services d'aide à domicile existants (plateformes de prestations coordonnées : soins, services à domicile, offre de répit, aide aux aidants, hébergement d'urgence au sein des EHPAD du territoire ...).
- **Développer les systèmes d'information** partagés simples, interopérables à partir des expérimentations d'ores et déjà engagées (plate-forme d'aide à la communication en santé et messagerie sécurisée).

## Les partenaires

Le pilotage du projet PAERPA est assuré par l'ARS Aquitaine, auquel participe le conseil régional, le conseil général, la ville de Bordeaux (CCAS), les organismes d'assurance maladie, les URPS, les représentants des usagers et des familles/aidants. Sont également associés dans la déclinaison opérationnelle : les établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, la mutualité, le SDIS, les services d'urgences et l'ISPED (Université).

## La feuille de route et la mise en œuvre des actions

**La feuille de route** qui se décline en 29 fiches-actions sur le territoire de Bordeaux a été validée par courrier en date du 21 novembre.

**La convention territoriale** a été présentée le 24 novembre au Comité technique opérationnel et sera présentée au Comité de pilotage du 16 décembre 2014. Sa signature est prévue avant le 31 décembre 2014.

**Les conventions d'application avec les porteurs d'actions** sont en cours.

**Le lancement officiel du projet PAERPA** sur le territoire de Bordeaux sera réalisé fin janvier- début février, concomitamment à la campagne de communication qui est en cours réflexion avec nos partenaires institutionnels et notamment le Conseil Général de la Gironde, la Ville de Bordeaux, les organismes de protections sociale, les URPS et les Conseils des ordres des professionnels de santé.

### **Les actions en cours de mise en œuvre :**

- la mise en place de la Coordination territoriale d'appui dont le porteur est le Centre Communal d'action sociale de la ville de Bordeaux, gestionnaire d'un CLIC de niveau 3 et de la MAIA. Elle sera opérationnelle au 1<sup>er</sup> trimestre 2015,
- le système d'information PAERPA (annuaire - plateforme – Paaco et messagerie sécurisée) :1<sup>er</sup> semestre 2015,
- les formations PAERPA auprès des professionnels de santé seront déployées courant Février – début mars 2015,
- les 4 chambres d'hébergement relais en EHPAD et les IDE de nuit : 1<sup>er</sup> trimestre 2015,
- le déploiement du programme des recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse et de la iatrogénie.
- Réalisation sur un quartier test de la ville de Bordeaux, équipé du SI, des PPS au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2015, (validation des SI en mobilité et des procédures PPS – ajustements).

### **Les actions qui ont démarré :**

- Le projet Dom care comporte deux actions innovantes.
  - Une équipe nuit urgences : les services d'accueil d'urgences font appel à cette équipe afin de permettre un retour sécurisé des personnes âgées à leur domicile, afin d'éviter une première nuit aux urgences. Le délai d'intervention entre l'appel du SAU et le retour au domicile est à ce jour de 1H. Le relais le lendemain est assuré par une autre équipe auprès des médecins traitants, des familles et des partenaires si nécessaire.
  - Une équipe de soutien aux aidants afin d'éviter les ruptures dans le couple aidant/aidé et/ou des hospitalisations inadéquates.
- L'EHPAD Hors les murs qui suit environ 50 personnes âgées vivant à domicile, souffrant de la maladie d'Alzheimer et de troubles cognitifs, 24H sur 24 grâce à la mise en place d'une IDE de nuit et d'une chambre d'urgence.

**L'ensemble des 29 actions seront mises en œuvre au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2015.**

# Le Sud-Est de l'Indre-et-Loire

## Le territoire concerné

Le territoire recouvre les cantons d'Amboise, Bléré, Descartes, Ligueil, Loches, Le Grand Pressigny, Montrésor, Preuilly-sur-Claise et les communes de Truyes et Cormery ; soit une population totale de 103 741 personnes, dont 12 087 personnes âgées de 75 ans et plus. L'expérimentation concerne l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus ; et les offreurs de santé implantés dans le territoire, quelle que soit leur organisation.

## Le contexte

Le territoire se caractérise, au nord, par une offre de soins et des indicateurs socio-sanitaires satisfaisants ; et au sud (Loches), plus rural par une offre de soins plus limitée et des indicateurs socio-sanitaires moins favorables.

En plus des deux centres hospitaliers, sont également recensés : des filières gériatriques, un Centre de liaison, d'information et de coordination gérontologiques (CLIC), une HAD, une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), un pôle de santé pluridisciplinaire (PSP) et une offre médico-sociale bien implantée.

Le territoire d'Amboise expérimente, depuis plusieurs années, des techniques innovantes en termes de circulation d'informations entre les professionnels de santé libéraux et/ou hospitaliers (dossier médical personne, volet médical de synthèse).

## Les objectifs

L'expérimentation PAERPA nécessite une démarche co-responsable de l'ensemble des acteurs et services du territoire relevant à la fois des champs sanitaire, médico-social et social. Chaque partenaire intégrant le projet s'engage, dans leur domaine de compétences et de responsabilité, à développer la pertinence et la qualité des soins et des aides aux personnes âgées afin d'améliorer l'efficacité de leurs prises en charge individuelle et collective dans une logique de parcours ; et ce, en garantissant le respect et le libre choix de la personne.

La convention cadre territoriale validant le plan d'actions du dispositif PAERPA a été signée par les membres du Comité stratégique le 26/09/2014. Elle se décline en 4 axes stratégiques et 16 objectifs opérationnels :

- Axe 1 : Maintenir la dynamique territoriale et la mobilisation des acteurs dans le cadre d'une gouvernance dédiée
- Axe 2 : Favoriser le vieillissement en bonne santé, prévenir la perte d'autonomie et repérer précocement la fragilité
- Axe 3 : Optimiser la prise en charge globale de la PAERPA et assurer la fluidité de son parcours
- Axe 4 : Déployer la coordination territoriale d'appui (CTA) et ses outils

## Les partenaires

Portée par l'ARS Centre, cette expérimentation associe principalement les membres du Comité stratégique à savoir : le Conseil général d'Indre-et-Loire, la CPAM d'Indre-et-Loire, la caisse d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT) Centre, la Direction régionale du service médical (DRSM) Centre, le Régime social des indépendants (RSI), la Fédération des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), la Caisse de mutualité sociale agricole d'Indre-et-Loire (MSA) et le collectif interassociatif sur la santé (CISS).

## La mise en œuvre

- Les instances de pilotage du dispositif PAERPA ont été installées en 2013 mobilisant les différents partenaires et permettant ainsi la mise en œuvre des coopérations et des synergies entre les secteurs et actions locales.
- La Coordination Territoriale d'Appui (CTA) est portée par la MAIA ADMR 37 dans une logique de guichet intégré avec deux portes d'entrée distinctes : Une pour les usagers s'appuyant sur les structures existantes (Maisons départementales de la Solidarité, CLIC, CARSAT,...) afin d'être le plus lisible pour les personnes âgées et l'autre pour les professionnels, quel que soit le secteur



d'intervention, via un numéro de téléphone et une adresse mail uniques. Cette entrée unique pour les professionnels est assurée par une équipe ressource dédiée dont un coordonnateur médico-social de profil IDE. La CTA est opérationnelle depuis novembre 2014.

- La réalisation des 1ers plans personnalisés de santé (PPS), dans le secteur du Lochois prioritairement afin de capitaliser sur la logique de coordination des professionnels de santé libéraux portée par le Pôle de Santé Pluridisciplinaire du Lochois.
- Le développement d'une grille de critères d'alerte de perte d'autonomie auprès des professionnels du domicile afin de faciliter la circulation d'informations entre le secteur social et sanitaire ainsi qu'une grille de repérage de la fragilité aux services d'urgence et de court séjour des 2 centres hospitaliers du territoire.
- Le déploiement des outils permettant la circulation d'informations via le Dossier Médical Partagé (DMP) et la Messagerie Sécurisée en Santé (MSS) par les professionnels de santé libéraux et salariés grâce un accompagnement dédié à ces professionnels mis en œuvre sur le 1<sup>er</sup> semestre 2014 : Médecins généralistes, IDE, EHPAD et les 2 centres hospitaliers du territoire Loches et Amboise.
- Les réflexions sont en cours sur les actions relatives au retour à domicile après hospitalisation (hébergement temporaire et aides sociales dits PAERPA) en lien étroit avec le Conseil Général d'Indre et Loire.

## Le nord parisien

### Le territoire concerné

Le territoire retenu comprend les 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements de Paris : pour une population de **20 000 personnes âgées** de 75 ans et plus, dont la moitié souffrent de maladies chroniques. D'une manière générale, les indicateurs de santé sont globalement meilleurs en Ile-de-France que dans les autres régions françaises avec de fortes inégalités selon les populations et les zones concernées. Toutefois, les besoins de santé des publics en risque de perte d'autonomie et les maladies chroniques, sont en forte augmentation.

### Le contexte

Les acteurs institutionnels (ARS, Assurance maladie et Conseil général) et les représentants des professionnels travaillent depuis plus de deux ans sur les améliorations du parcours des personnes âgées, débouchant sur la signature début 2013 d'un contrat de territoire. L'offre du territoire est diversifiée comprenant acteurs libéraux, services et établissements médicosociaux, établissements hospitaliers, hospitalisation à domicile, filière gériatrique ainsi qu'un Centre de liaison, d'information et de coordination gérontologiques (CLIC).

### Les objectifs

Le projet s'appuie sur plusieurs axes de travail :

- mettre en place une réelle coordination au plus près du domicile ainsi qu'une plateforme d'appui réunissant CLIC, réseau, Maïa et CTA dans une instance unique ;
- réduire les ruptures de prises en charge en **améliorant la coordination** de l'ensemble des acteurs ;
- améliorer l'utilisation des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux et **éviter les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence** pour les personnes âgées ;
- engager progressivement l'ensemble des acteurs concernés ;
- améliorer les outils d'échange d'information à la disposition des personnes âgées et des professionnels concernés.

### Les partenaires

L'ARS Ile-de-France compte comme partenaires le Conseil Général, la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), le CLIC et les professionnels de santé libéraux.

# Le sud de la Corrèze

## Le territoire concerné

Le territoire retenu est le Pays de Brive - Auvézère (le quart sud de la Corrèze).

La population y est de 123 646 habitants. La part des personnes âgées de plus de 75 ans représente 12.8% sur ce territoire.

Alors que la région vieillit, le Pays de Brive-Auvézère reste attractif, moins âgé et globalement en meilleure santé que le reste du département.

## Le contexte

Ce territoire mixte urbain et rural, compte trois établissements de santé, une densité de professionnels de santé libéraux (infirmiers, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, spécialistes) principalement regroupés autour de Brive, qui reste correcte dans l'ensemble actuellement mais va se dégrader dans les années à venir.

Les médecins généralistes sont très inégalement répartis ; le secteur médico-social est bien présent sur le territoire avec 18 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

## Les objectifs

Les objectifs du projet corrézien sont :

- d'assurer une meilleure coordination et anticipation autour de la personne âgée ;
- de favoriser les interfaces et la fluidité du parcours de la personne entre les secteurs ambulatoire de premier recours hospitaliers, médico-social et social en développant :
  - une culture de repérage de la fragilité avec un axe formation capitale à cet enjeu ;
  - un accès direct et facilité à l'information quelque soit la problématique, sociale médicale ou financière via la CTA mais aussi sur le plan médical et afin de limiter les hospitalisations non pertinentes aux urgences régulation gériatrique ouvert aux médecins du territoire.
- d'assurer une meilleure programmation des hospitalisations complètes si besoin, hospitalisations de jour et consultations dans des délais raccourcis et plus rapides selon la situation clinique du patient ;
- d'externaliser les expertises tant gériatriques que psychiatriques et relatives aux soins palliatifs portées par le CH de BRIVE à domicile comme en EHPAD mais aussi dans les autres établissements MCO et SSR du territoire ;
- de développer des SSIAD d'urgences, de SAAD pour améliorer le retour hospitalier mais aussi maintenir la personne âgée à domicile dans des conditions sécurisées ;
- d'intensifier le déploiement des systèmes d'information partagés, mettre en place un dossier SI partagé accessible à tous les intervenants auprès de la PA :
  - doter les professionnels d'outils connectés,
  - Optimiser les sorties hospitalières par la CTA avec des staff commun, l'équipe de la CTA comprenant un cadre hospitaliser ;
  - mettre en place les astreintes en EHPAD ;
  - volet organisationnel au centre hospitalier ; infirmière aux urgences dédiées aux personnes âgées, cadre infirmier de parcours au sein de l'hôpital, renfort des équipes mobiles
  - mettre en place des CCP, avec une impulsion forte des médecins généralistes

## Les partenaires

Portée par l'ARS du Limousin, l'expérimentation se fait avec l'appui du Conseil Général, de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) et le CH de Brive.

# Le Grand Nancy

## Le territoire concerné

Le territoire retenu est la Communauté Urbaine du Grand Nancy (20 communes) : 266 000 habitants dont **20 000 personnes âgées** de 75 ans et plus. Avec un niveau de perte d'autonomie proche de la moyenne nationale, 43% vivent seules à leur domicile et 11% en institution.

## Le contexte

Ce territoire dispose d'une offre de soins abondante, tant ambulatoire qu'hospitalière, et de taux d'équipements supérieurs aux territoires de comparaison pour toutes ses composantes. Sur le plan médico-social et social, l'offre est également diversifiée et importante sur le territoire.

Sur le plan de la coordination gérontologique, le territoire regroupe un réseau gérontologique (le réseau Gérard Cuny), un CLIC de 3ème niveau et une MAIA. Avec l'existence de l'ensemble des maillons d'une filière gériatrique associant cinq établissements sanitaires et le Centre Psychothérapique de Nancy, la structuration de la filière se concrétise progressivement par voie de conventionnement sur des projets spécifiques.

Le territoire bénéficie de dynamiques locales à travers :

- l'implication de l'ensemble des acteurs du parcours de santé des personnes âgées ;
- la mise en œuvre des modules 1 et 2 de l'expérimentation de l'article 70 de la LFSS 2012 ;
- des partenariats formalisés entre les EHPAD et le CHU ;
- un guichet unique d'adressage iMAD assurant la gestion standardisée des demandes d'admissions en SSR et en SSIAD ;
- un contrat local de santé.

## Les objectifs

Quatre axes de travail prioritaires ont été identifiés dans le cadre de l'expérimentation PAERPA :

- maintenir la dynamique territoriale et la mobilisation des acteurs dans le cadre d'une gouvernance dédiée ;
- favoriser le vieillissement en bonne santé, prévenir la perte d'autonomie et repérer la fragilité ;
- optimiser la prise en charge globale de la personne âgée en risque de perte d'autonomie et assurer la fluidité de son parcours ;
- assurer une véritable coordination territoriale et en développer les outils.

## Les partenaires

En tant que pilote du projet PAERPA, l'ARS de Lorraine s'appuie sur un comité stratégique (Conseil Général, CPAM, DRSM, MSA, RSI, les mairies de Nancy et de Vandœuvre-lès-Nancy) qui valide les propositions du comité opérationnel. Ce dernier anime les travaux visant à la mise en œuvre concrète du projet.

## La feuille de route et la mise en œuvre des actions

**La convention cadre et la feuille de route** qui se décline en 37 fiches-actions sur le territoire du grand Nancy ont été validées par le comité stratégique du 11 juin 2014.

Le lancement officiel du PAERPA lorrain a démarré le 1<sup>er</sup> octobre dernier avec l'ouverture de la CTA et de l'activation de son numéro unique (03 55 68 50 90) dédié aux professionnels.

Portée par le service territorial du Conseil Général de Meurthe et Moselle et le réseau de santé Gérard Cuny, regroupés à présent dans les mêmes locaux, l'équipe de la CTA a été renforcée par le recrutement de 2 infirmiers et d'un agent administratif.

Début décembre, une cinquantaine de plans personnalisés de santé (PPS) ont été réalisés. Ils ont notamment permis à 8 personnes âgées de bénéficier de l'intervention d'un ergothérapeute à leur domicile et à 7 d'un pilulier intelligent.

### **Sensibilisation des professionnels**

Un appel à candidatures a été lancé pour développer la formation des aides à domicile au repérage de la fragilité.

Des réunions d'information pour les professionnels de santé libéraux et acteurs du secteur du médico-social sont organisées par micro territoire avec supports de communication propre.

### **Actions de prévention sur les principaux facteurs de risque d'hospitalisation et de réhospitalisation**

- expérimentation d'un pilulier intelligent DO PILL pour accompagner à la gestion des médicaments à domicile)
- adaptation du domicile par l'intervention des ergothérapeutes
- accompagnement des activités physiques adaptées aux personnes âgées à domicile

### **Optimiser la fluidité du parcours**

- déploiement de télémédecine en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : déjà 4 EHPAD du territoire équipé.
- en sortie d'hôpital : hébergement temporaire en EHPAD (6 conventionnés) ou aide à domicile (6 services d'aides à domicile conventionnés).

# Les Hautes- Pyrénées

## Le territoire concerné

Le territoire retenu est le département des Hautes-Pyrénées qui compte 229 670 habitants dont **28 796 personnes âgées** de 75 ans et plus ; parmi elles, 41% vivent seules à domicile.

## Le contexte

Les professionnels de santé libéraux, les services d'urgence et les nombreux établissements médico-sociaux constituent un maillage serré du territoire : deux Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), six Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) et trente-cinq établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**La région est déjà fortement mobilisée** par le biais du Gérontopôle toulousain en particulier sur la fragilité et la dépendance acquise lors d'une hospitalisation et en EHPAD ; et le plan régional de santé (PRS) s'inscrit dans la même logique. De fait, les gériatres de l'ensemble du territoire de santé sont inscrits dans une dynamique collective.

## Les objectifs

L'expérimentation menée sur le territoire des Hautes-Pyrénées s'articule autour de trois grands axes de travail pour préserver l'autonomie des personnes âgées : **le maintien à domicile, le suivi et la sécurisation des sorties d'hospitalisation** (par le développement de la coordination clinique de proximité) ; les **hospitalisations** (moins souvent, moins en urgence, moins longues) ; enfin, la **consommation de médicaments** (moins de poly-médication pour réduire les risques d'interactions médicamenteuses).

## Les partenaires

En partenariat avec le Conseil général des Hautes-Pyrénées, l'ARS Midi-Pyrénées a mobilisé tous ses partenaires de santé pour la mise en œuvre de ce projet.

La lettre d'engagement a été signée le 28 octobre 2013 par l'ensemble des représentants des organismes d'assurance maladie et de retraite (CPAM, CARSAT, MSA, RSI...), des Unions régionales des professionnels de santé (URPS des Médecins, Infirmiers, Pharmaciens, Masseurs kinésithérapeutes et Chirurgiens-dentistes), ainsi que des usagers (CORERPA).

Le plan d'actions décliné autour de 6 axes a fait l'objet de débats dans le cadre des travaux du COI et a été validé par le COPIL en juin dernier :

- 1 – améliorer la prise en charge des soins de premier recours
- 2 – sécuriser le maintien à domicile
- 3 – réduire les hospitalisations évitables
- 4 – améliorer les prises en charges hospitalières
- 5 – encourager la prévention de la polymédication et de la iatrogénie médicamenteuse
- 6 – développer les échanges d'information sécurisés et des outils de coordination.

L'agence est soucieuse de répondre à l'ensemble des besoins du territoire des Hautes Pyrénées et a veillé à ce que chacun des quatre bassins de santé soit concerné par des actions et ce dès le démarrage opérationnel du projet. D'ores et déjà il peut être noté les actions phares suivantes :

- Les premiers PPS ont été élaborés et le circuit de règlement par la CPAM 65 fonctionne. En parallèle, l'organisation de la coordination technique d'appui permet l'envoi par les professionnels de santé, et le stockage des PPS de manière sécurisée. L'équipe de l'ARS a organisé 5 rencontres en soirée des professionnels de santé libéraux dans chaque bassin pour le déploiement opérationnel du PPS,
- Le dispositif PRADO personnes âgées se met en place sur le bassin de Tarbes-Vic en collaboration avec la CPAM 65,
- la filière gériatrique se renforce au travers des équipes mobiles de gériatries et des permanences téléphoniques déjà disponibles pour les professionnels de santé,

- La sécurisation du maintien au domicile et les mesures permettant d'éviter une hospitalisation évitable font l'objet de la mobilisation des acteurs : élargissement des plages d'intervention d'un SSIAD et 9 places d'hébergement temporaire, déploiement d'un SPASAD en cours de réflexion avec les services du Conseil Général des Hautes Pyrénées,

- accompagnement des professionnels à l'utilisation de la messagerie sécurisée régionale Medimail en lien avec le GCS santé.

# La Mayenne

## Le territoire concerné

Le territoire retenu est le département de la Mayenne : 307 000 habitants dont **10,5% de personnes âgées** de 75 ans et plus. Un territoire à dominante rurale, faiblement peuplé. Avec un faible taux de mort prématurée, l'espérance de vie à 65 ans y est la plus élevée de la région.

## Le contexte

Le territoire est marqué par une forte dynamique des professionnels du premier recours pour un exercice pluri-professionnel coordonné et regroupé en maison de santé ou en pôle de santé. L'offre sanitaire et médico-sociale est dense. Une Maia a été créée en 2012 et une Maison départementale de l'autonomie (MDA) intégrant les CLIC, structurée au sein du Conseil Général.

## Les objectifs

Les partenaires s'engagent à mieux structurer 7 fonctions d'appui à la coordination des acteurs pour des parcours de santé des aînés plus fluides :

- Accueillir, informer et orienter les aînés et leurs aidants ;
- Evaluer les besoins des aînés
- Adapter le lieu de vie
- Organiser la sortie de l'hôpital
- Gérer les situations complexes ;
- Accéder aux ressources du système de santé (ROR)
- Orienter par la concertation pluri-professionnelle.

Parallèlement, tous les professionnels se retrouvent au sein des Comités d'Intégration des acteurs et des projets pour mieux définir leurs modalités de coordination. Cette gouvernance territoriale se complète d'un Comité Stratégique départemental co-présidé par le président du Conseil Général et la directrice générale de l'ARS et associe les financeurs.

Le développement des systèmes d'information viendra également renforcer l'échange entre les acteurs.

## Les partenaires

Le Conseil Général de La Mayenne, les régimes d'assurance maladie - la CPAM, la MSA, le RSI le représentant des organismes complémentaires. Les URPS sont partenaires, aux cotés de l'ARS Pays-de-la-Loire.

## La mise en œuvre

Les principales fonctions d'appui à la coordination territoriales sont d'ores et déjà mises en œuvre sur le territoire :

- fonction d'information avec numéro unique ;
- chargés d'accompagnement assurant des permanences physiques ;
- dispositif de coordination de l'aval en sortie d'hospitalisation ;
- équipes d'appui en adaptation/réadaptation permettant d'adapter le lieu de vie des personnes âgées.

Les premiers PPS devraient être élaborés d'ici la fin de l'année.

Ainsi, 24 actions sur les 32 que compte le plan d'action ont débuté ou ont été amorcées.



# Le territoire du Valenciennois-Quercitain

## Le territoire concerné

Le territoire retenu est le Valenciennois-Quercitain : un vaste bassin de 400 000 habitants.

Dans cet ancien bassin minier, vivent près de **30 700 personnes âgées** de 75 ans et plus. C'est un territoire caractérisé par une forte densité de population, un taux de mortalité et de surmortalité élevés, une grande pauvreté (plus de 15% de taux de chômage) et une surconsommation de soins de ville et hospitaliers.

Le nombre d'allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) y est élevé.

## Le contexte

Le territoire est bien couvert par de nombreux établissements de santé : dont un service d'hospitalisation à domicile, sept centres de santé du régime minier ; et des établissements médico-sociaux : dont des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), des services de soins infirmiers à domicile, une plateforme de répit des aidants.

L'ensemble des acteurs de terrain est mobilisé depuis plus de quatre ans autour d'une **filière gériatrique** constituée en groupement de coopération sanitaire de gériatrie (GCS), auquel sont associés les EHPAD, le réseau gérontologique reper'âge et les Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) du territoire. De fait, le GCS a permis de développer des axes proches du projet PAERPA (hormis sur le secteur libéral).

D'ores et déjà des professionnels libéraux adhèrent à un réseau de santé, participent à une maison de santé pluridisciplinaire et à la MAIA.

## Les objectifs

L'objectif est de **mieux articuler les politiques sanitaires, médico-sociales et sociales** et d'**améliorer la qualité des prises en charge quels que soient le lieu de vie ou de soins.**

Des actions étaient déjà en développement :

- en EHPAD : avec la **réduction des psychotropes, l'accès à une équipe mobile gériatrique interEHPAD ou à l'équipe mobile de soins palliatifs, l'utilisation des orientations par viaTrajectoire** et le développement de la **télé médecine** ;
- **l'accès des médecins traitants à une plateforme téléphonique gériatrique de territoire pour l'amélioration de l'accès à l'hospitalisation,**
- la **territorialisation des politiques des personnes âgées du Département (notamment sociales, équipes médico-sociales APA),**
- l'aide aux aidants.

Ces axes de travail seront poursuivis avec une place particulière aux **secteurs social et médico-social et des priorités incluant notamment :**

- l'organisation de la coordination clinique de proximité afin d'agir sur les hospitalisations évitables, comportant un **projet d'optimisation des prises en charges thérapeutiques** incluant les pharmaciens d'officine et hospitaliers,
- **la prévention des chutes à domicile,**
- **la mise à disposition d'une expertise psycho-gériatrique en lien avec la formation de bénévoles pour l'accompagnement des personnes isolées en difficulté dans le cadre du projet MONALISA du département.**

## Les partenaires

Le Conseil Général, la CPAM du Hainaut, la CARSAT, la MSA, le RSI, la CARMI, la mutualité française et les URPS sont les partenaires de l'ARS Nord-Pas-de-Calais.

# Le nord de la Bourgogne

## Le territoire concerné

Le territoire retenu est celui de la Bourgogne Nivernaise (108 communes) et du canton de Saint-Amand en-Puisaye (six communes). Il s'agit de façon générale, d'un territoire rural, peu peuplé (60 190 habitants) se caractérisant par une forte part de population âgée (8 626 personnes de plus de 75 ans, soit 14.3 % de la population et 2 373 personnes de plus de 85 ans, soit 3.9% de la population).

Les principaux problèmes de santé sont les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et pathologies liées à la consommation de tabac.

## Le contexte

Le territoire possède un éventail d'offre de soins hospitaliers (centres hospitaliers, cliniques, HAD...) et des services médico-sociaux et sociaux (SSIAD, EHPAD, SAAD, hébergements temporaires, CLIC...). Il est signataire d'un contrat local de santé et dispose d'une structure (la maison de santé de Saint-Amand) porteuse de l'expérimentation nationale article 70 LFSS 2012. Il disposera très prochainement d'une MAIA qui sera portée par le Conseil Général de la Nièvre. Par ailleurs, des maisons de santé pluri-professionnelles et un groupement de professionnels de santé maillent le territoire.

## Les objectifs

L'expérimentation menée sur le territoire de la Bourgogne Nivernaise et le Canton de Saint-Amand-en-Puisaye a pour but de mettre en place des actions innovantes sur la base du diagnostic territorial de l'ensemble des dispositifs existants (offre de santé, financement, système d'information). Ces actions permettront à terme, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants (**favoriser le maintien à domicile, prévenir les hospitalisations, préparer les sorties d'hospitalisation**), d'adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de créer des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs sur le territoire.

## Les partenaires

L'expérimentation sera pilotée par l'ARS de Bourgogne avec le soutien du Conseil général de la Nièvre, la CARSAT, la MSA, le RSI, la CPAM, les URPS,...qui sont parties prenantes des diverses instances de gouvernance. La coordination territoriale d'appui sera confiée au GISAPBN (groupement interprofessionnel de santé et de l'autonomie du Pays Bourgogne Nivernaise) qui joue déjà un rôle important en matière de coordination au sein du territoire. La lettre d'engagement de tous ces partenaires est en cours de signature.

*Pour aller plus loin :*  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)