



STRATÉGIE
NATIONALE
DE SANTÉ

Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : **les projets PAERPA**

Sommaire

Enjeux et objectifs

Anticiper une réalité démographique et organiser le parcours de santé autour d'équipes pluriprofessionnelles de proximité

- Douze millions de personnes âgées de 75 ans et plus en 2060
- Organiser une prise en charge fluide et adaptée aux besoins de la personne
- Un dispositif de proximité
- Agir en amont sur le risque de perte d'autonomie
- Une démarche innovante fondée sur des projets pilotes
- Un dispositif au bénéfice de 230 000 personnes âgées

Les actions clefs de PAERPA

Faciliter la communication et la coordination des professionnels

- Le plan personnalisé de santé élaboré par une coordination clinique de proximité
- Une coordination territoriale d'appui
- Une gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD
- Des instances de gouvernance territoriale rassemblant l'ensemble des acteurs majeurs
- Une évaluation nationale du dispositif par la DREES
- Un accompagnement financier pour la mise en place des outils innovants
- Un dispositif de formation des professionnels engagés dans les expérimentations
- Le volet médical de synthèse
- La transmission d'informations relatives à la personne âgée
- La messagerie sécurisée élaborée par l'ASIP Santé

Sur le terrain

En région, 9 projets pilotes

- 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)

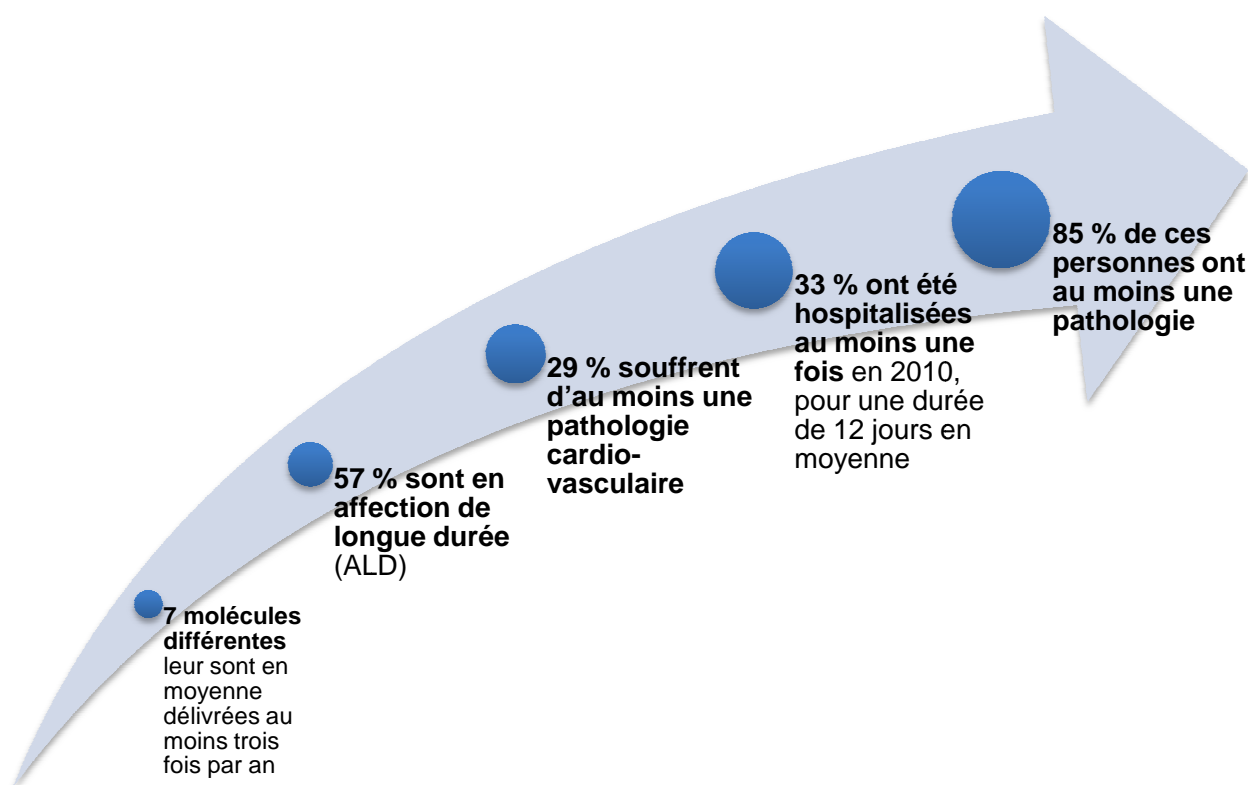
Anticiper une réalité démographique et organiser le parcours de santé autour d'équipes pluriprofessionnelles de proximité

Douze millions de personnes âgées de 75 ans et plus en 2060

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent aujourd'hui plus de 9% de la population française, elles devraient représenter 11% en 2025 et 16% en 2050. *Source INSEE.*

En 2060, la France comptera douze millions de personnes âgées de 75 ans et plus.

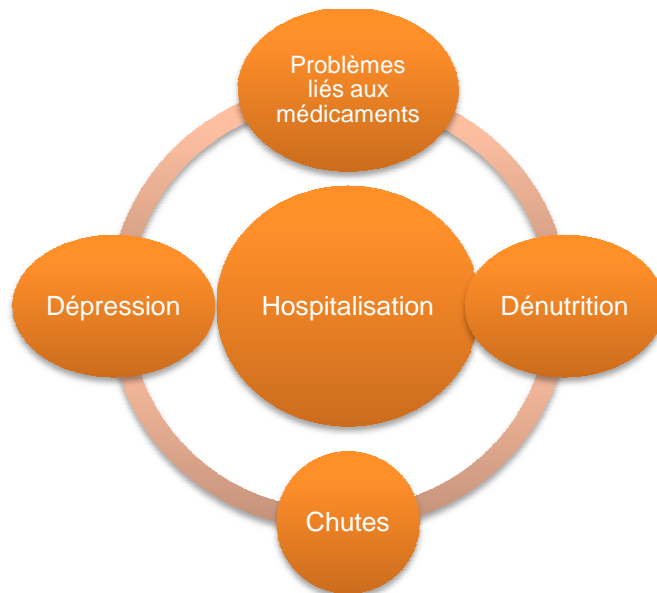
Ces personnes de 75 ans et plus peuvent être encore autonomes mais **leur état de santé est susceptible de se dégrader rapidement** pour des raisons d'ordre social et/ou médical :



Source : Assurance maladie

Organiser une prise en charge fluide et adaptée aux besoins de la personne

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation des personnes âgées ont été identifiés :



Or, les professionnels de santé constatent que **l'hospitalisation des personnes âgées, lorsqu'elle est nécessaire pour traiter un problème de soins, aggrave souvent leur perte d'autonomie.**

Le projet PAERPA a pour objet d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ; d'éviter le recours à l'hospitalisation ; 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.***

Un dispositif de proximité

L'objectif est de s'appuyer sur un **réseau de professionnels du territoire**, au plus près des personnes âgées (médecin traitant, pharmacien, infirmière...) ; tout en coordonnant les prises en charge sanitaires et sociales.

Pour le volet sanitaire, c'est sous la responsabilité du **médecin traitant** que s'organisera la **coordination clinique de proximité**, regroupant outre celui-ci, un infirmier diplômé d'Etat (libéral ou coordinateur de SSIAD), un pharmacien d'officine, et le cas échéant tout professionnel de santé intervenant régulièrement auprès de la personne âgée.

Concernant la dimension sociale, **les professionnels du secteur social** devront également assurer un suivi des personnes âgées (pour une demande d'aide ménagère, d'allocation personnalisée d'autonomie, d'adaptation de leur logement ...).

Agir en amont sur le risque de perte d'autonomie

Dans un rapport de juin 2011, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) analyse qu'une mauvaise prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie est le plus souvent **le signe d'une défaillance de l'organisation de notre système de santé.**

L'hyperspécialisation des acteurs de la santé et du social qui interviennent auprès de la personne âgée est un facteur majeur de non qualité, de complexité, du risque de mauvaise prise en charge.

Une attention toute particulière doit être portée sur celles de plus de 75 ans qui vivent à domicile mais sont fragiles ; ou celles qui résident dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Une démarche innovante fondée sur des projets pilotes et un cahier des charges national

Les réflexions récentes, notamment menées par le HCAAM, ont montré que **la coordination des professionnels est un facteur clef d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées**. Or, les dispositifs de coordination existants (CLIC, réseaux, filières gériatriques...) ont montré leurs limites, que ce soit en termes de professionnels de santé impliqués, de lien entre les secteurs sanitaire et social et de personnes âgées prises en charge.

Afin d'apporter des solutions d'envergure nationale, le HCAAM préconise la mise en place de projets pilotes sur quelques territoires préfigurant un déploiement généralisé.

Le dispositif PAERPA est une expérimentation pour faciliter le parcours des personnes âgées, mettre fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge et mieux coordonner les différents intervenants : professionnels libéraux autour du médecin traitant, hôpital et établissements médico-sociaux et sociaux, organismes d'assurance maladie, collectivités territoriales et représentants des usagers.

Sous l'égide de Dominique Libault, président du comité national PAERPA, un cahier des charges national a été élaboré de façon concertée avec l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le cahier des charges garantit la reproductibilité des projets territoriaux.

Un dispositif au bénéfice de 230 000 personnes âgées

Près de 230 000 personnes de plus de 75 ans et leurs aidants vont ainsi pouvoir bénéficier des outils et dispositifs élaborés spécifiquement pour ces expérimentations, afin de faciliter la coordination de près de 7 000 professionnels de santé et des nombreux professionnels sociaux des territoires concernés.

Avec un objectif : faire bénéficier aux personnes âgées de la bonne prise en charge et du bon accompagnement, avec les moyens humains et financiers adaptés.

Le pilotage au niveau régional est assuré par l'ARS. Il associe tous les acteurs concernés, notamment les conseils généraux, les caisses locales d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et les représentants locaux des professionnels de santé libéraux, dans un comité stratégique et un comité opérationnel. Les ARS bénéficient de l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pour mener à bien la mise en œuvre opérationnelle des projets.

Pour aller plus loin :

Le fondement juridique des expérimentations PAERPA :

[article 48 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2013](#)

Le cahier des charges national:

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf

Faciliter la coordination et la communication entre les professionnels

*Afin d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge, et de réagir en cas de changement de l'état de santé de la personne, les professionnels **partagent et échangent les informations pertinentes selon des modèles validés par la Haute Autorité de Santé, en utilisant un système d'information sécurisé.** Ces échanges se font dans le respect de la **confidentialité et du secret médical.***

Plusieurs niveaux de coordination sont mis en place pour favoriser la coordination des acteurs de la prise en charge.

Le plan personnalisé de santé élaboré par une coordination clinique de proximité

Un plan personnalisé de santé sera élaboré par la coordination clinique de proximité pour les personnes vivant à domicile et pour lesquelles une coordination particulière des professionnels de santé s'avère nécessaire. La coordination clinique de proximité sera organisée autour du médecin traitant, de l'infirmier, voire d'un troisième professionnel de santé en fonction des besoins identifiés chez la personne, par exemple un pharmacien ou un masseur-kinésithérapeute.

Plan d'actions dont le modèle a été validé par le collège de la Haute Autorité de Santé, le PPS détaille les actions sanitaires et sociales à mener. Déclenché par le médecin traitant dès le repérage d'une situation de fragilité chez une personne âgée de plus de 75 ans par les acteurs du champ sanitaire ou social, il est formalisé de façon concertée entre les professionnels de santé de la coordination clinique de proximité.

Pour consulter le PPS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps

Une coordination territoriale d'appui

Il s'agit d'une **plate-forme d'appui aux professionnels et aux familles** au niveau territorial visant à favoriser l'information, l'orientation, les échanges entre professionnels.

Les acteurs de proximité doivent pouvoir bénéficier d'une structure d'appui, qui leur facilite la tâche et les libère d'un certain nombre de recherches ou travail social (par exemple) afin d'être recentré sur leur véritable valeur ajoutée vis-à-vis de la personne.

Cette coordination n'est pas une structure supplémentaire : ses fonctions peuvent être prises en charge par une des formes de coordination préexistante, en lien avec les autres acteurs.

Une gestion des transitions ville-hôpital-EPHAD

De nombreuses actions sont menées pour faciliter les transitions ville-hôpital-EPHAD, plus précisément pour éviter les hospitalisations ou ré-hospitalisations, limiter les passages aux urgences des personnes âgées, préparer la sortie d'hôpital, réduire les ruptures de prise en charge.

La relation EPHAD-hôpital sera également mieux formalisée. Les procédures précises d'entrée et de retour en EPHAD devront être définies et figurer dans la convention signée entre l'EPHAD et l'hôpital. Un dossier de liaison d'urgence, selon un modèle défini par la HAS, sera élaboré pour tous les résidents d'EHPAD.

Des instances de gouvernance, d'évaluation et un dispositif d'accompagnement spécifique ont été déployés.

Des instances de gouvernance territoriale rassemblant l'ensemble des acteurs majeurs

Dans chaque territoire pilote sont installés des instances de gouvernance- **comité stratégique et opérationnel- qui intègrent l'ensemble des acteurs majeurs**, outre l'agence régionale de santé, pilote des projets PAERPA : 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...

Une évaluation nationale du dispositif par la DREES

Une évaluation des expérimentations est prévue tout au long des expérimentations, et poursuit deux objectifs :

- **Suivre la mise en œuvre des processus** concernant l'adhésion des acteurs, la réalité des services nouveaux déployés, la satisfaction des patients et des professionnels ;
- **Analyser les résultats en termes médico-économiques** : l'évolution de la consommation et de la typologie des soins, de l'état de santé et d'autonomie des personnes âgées, des pratiques cliniques et de la qualité des soins.

Un accompagnement financier pour la mise en place des outils innovants

Sur le plan financier, une enveloppe est attribuée aux ARS préfiguratrices qui vient abonder le FIR pour financer notamment le PPS et les autres actions de coordination selon ce que l'ARS estime nécessaire (et possible).

Un dispositif de formation des professionnels engagés dans les expérimentations

Des formations pour l'ensemble des professionnels seront proposées. Elles seront axées sur la maîtrise des méthodes et des outils spécifiques au parcours PAERPA, et sur l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée.

Des systèmes d'information sécurisés seront déployés afin de permettre un échange d'informations entre professionnels de santé, et entre professionnels de santé et professionnels sociaux.

Le volet médical de synthèse

Ce document, formalisé par le médecin traitant, constitue une **photographie de l'état de santé de la personne**. Il est actualisé à chaque modification importante de l'état de santé du patient et doit pouvoir être consulté facilement, notamment en cas de prise en charge à l'hôpital (qu'elle soit urgente ou non).

La transmission d'informations relatives à la personne âgée

Un décret du 2 décembre 2013 instaure un dispositif dérogatoire en autorisant les professionnels (professionnels de santé et du champ social et médico-social) à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne âgée, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour déterminer la meilleure prise en charge sanitaire. Le consentement express de la personne ou de son représentant légal devra être recueilli et les professionnels concernés signeront une charte rappelant leurs obligations déontologiques et réglementaires.

La messagerie sécurisée élaborée par l'ASIP Santé

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

En région, 9 projets pilotes



*Dans le cadre de la réflexion engagée sur la **stratégie nationale de santé**, la Ministre des affaires sociales et de la santé 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.

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).

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 (DMP, DLU, VSM).

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 améliorer 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.

4 axes de travail sont établis :

- Prévenir et identifier les risques de rupture dans les parcours de santé de la personne âgée en risque de perte d'autonomie
- Optimiser la coordination et la coopération des opérateurs de santé pour et autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie
- Développer et structurer la circulation d'informations entre les opérateurs de santé dans un espace de confiance sécurisé
- Promouvoir un parcours de santé viable de la personne âgée

Les partenaires

Portée par l'ARS Centre, la lettre d'engagement entre les différents partenaires a été signée le 22 octobre 2013 par 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). Cette lettre d'engagement confirme la mobilisation des acteurs du territoire autour d'un engagement réciproque et collectif afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Le nord parisien

Le territoire concerné

Le territoire retenu comprend les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris : pour une population de **18 500 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, réseau de santé, 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 ;
- 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,
- **animer le contrat de territoire** et engager l'ensemble des acteurs 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, le réseau de santé Paris Nord 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

L'objectif est de mettre en place **des projets innovants** : **une plateforme de régulation téléphonique médicale, des outils de téléassistance et de domotique, une unité d'hébergement de moyenne durée** des personnes âgées ; **une maison de retraite à domicile** ; une unité de **prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement** ; une unité de **recours et de soins gériatriques** ; **une plateforme collaborative**.

Seront également recensés, au niveau régional, **tous les projets en faveur d'une meilleure coordination** dans le parcours des personnes âgées de 75 ans et plus.

Ensuite, **ces projets seront évalués**, puis étendus à l'ensemble de la région si l'évaluation est satisfaisante.

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).

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.

Le contexte

Le territoire dispose d'un contrat local de santé (CLS) ; d'un réseau gérontologique ; d'une permanence des soins ; d'un Centre de liaison, d'information et de coordination gérontologiques (CLIC). Des établissements de santé sont également présents, ainsi qu'une filière gériatrique complète, deux structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et un centre psychothérapeutique.

Les objectifs

Dans ce territoire vont être mobilisés **l'ensemble des dispositifs préexistants** : le CLIC, le réseau gérontologique, la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et la plateforme de répit, les systèmes d'information partagés (comme la plateforme d'admission SSIAD et l'appli régional IMAD pour l'entrée en soins de suite et de réadaptation), le processus d'accompagnement de la sortie d'hospitalisation des personnes âgées, la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dite "d'urgence", l'accès facilité au CHU pour les patients des EHPAD...

Les partenaires

La gouvernance du projet PAERPA s'appuie sur l'ARS, la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), la Caisse de mutualité sociale agricole (MSA), le Régime social des indépendants (RSI), le Conseil Général, et la caisse d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT). Les URPS sont également partenaires.

Les Hautes- Pyrénées

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).

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.

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 priorités sont d'ores et 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 **télémédecine** ;
- **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 (avec notamment la prévention des chutes à domicile, les préparations et sorties d'hospitalisations en EHPAD, la mise à disposition d'expertises gériatriques à domicile)**. L'accent va être mis sur l'organisation de la **coordination clinique de proximité** afin d'agir sur les hospitalisations évitables, avec un projet d'optimisation des prises en charges thérapeutiques incluant les pharmaciens d'officine et hospitaliers.

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 partie prenante 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.

Conception réalisation : SG/février 2014