

Les formations PAERPA des professionnels de proximité

Expérimentation des dispositifs PAERPA

Retour d'expériences

Corinne Demaison



GRIEPS

Formation Conseil Santé





Rappel du contexte

Les projets pilotes PAERPA



Aujourd'hui

Les 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.

7 molécules leur sont en moyenne délivrées au moins trois fois par an

57% sont en affection longue durée

29% souffrent au moins d'une pathologie cardio-vasculaire

33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 (DMS 12 jours)

85% de ces personnes ont au moins une pathologie

OR....

**40 % des personnes de plus de 65 ans
présentent des signes de pré fragilité/fragilité**

LES SIGNES PRÉCURSEURS

LES MALADIES LIÉES À L'ÂGE



Ces signes précèdent souvent une perte sévère d'autonomie qui, une fois installée, est rarement réversible. D'où la **nécessité** de les repérer et de les traiter le plus tôt possible.

Ces pathologies sont à l'origine de la majorité des dépendances. Elles peuvent pourtant être retardées, voire prévenues, et le seront de plus en plus efficacement grâce à la thérapie cellulaire, aux puces ADN, aux biotechnologies...

Pour la seule **maladie d'Alzheimer**, si aucune mesure de prévention n'est mise en œuvre, le nombre des malades doublera d'ici 2050. Si l'âge de début de la maladie pouvait être reculé de 5 ans, ce nombre serait réduit de moitié.

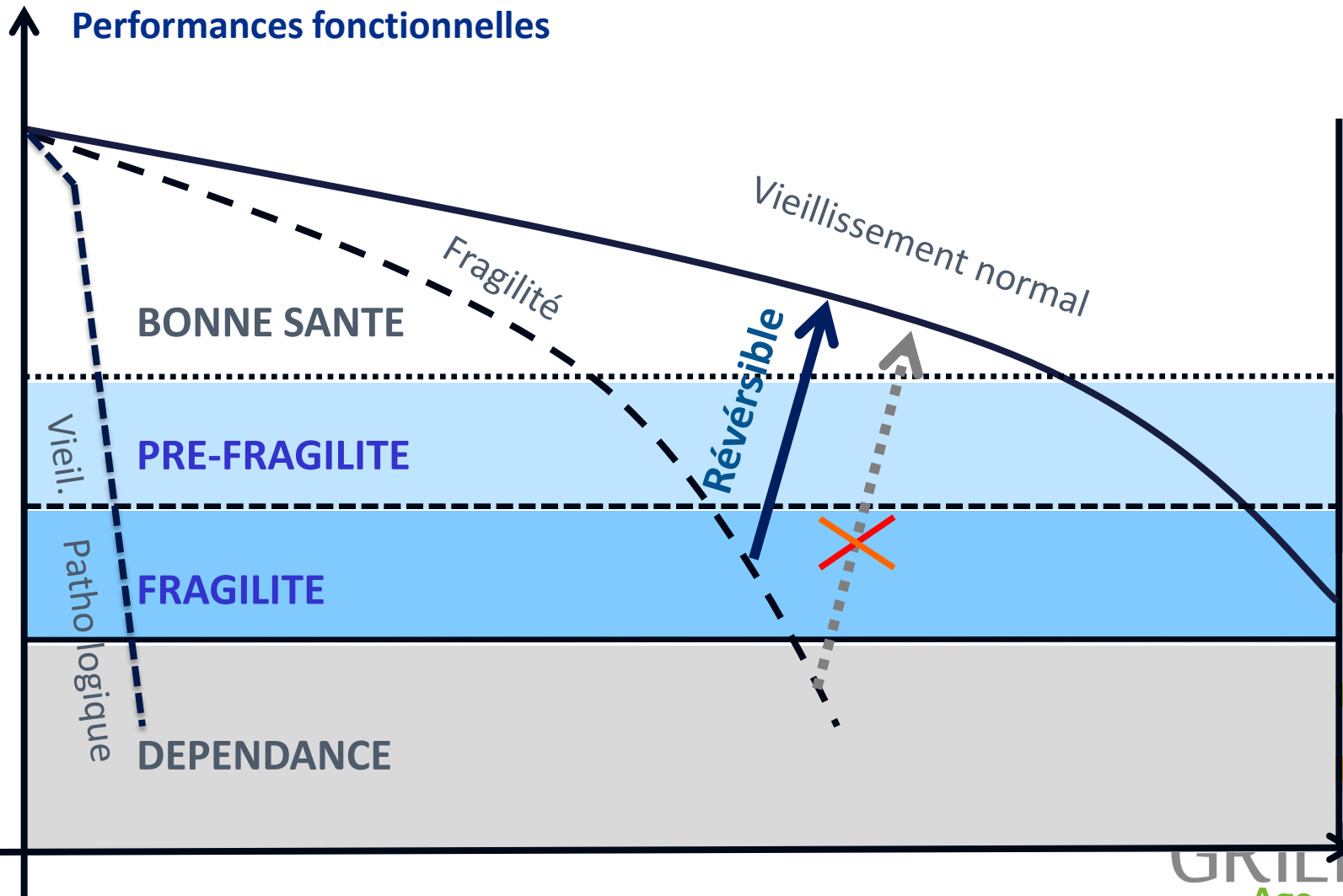
Reconnaître le concept de fragilité comme un levier de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. **La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible** » ¹. 2011, Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)

Ce concept a pris en 2012 une importance particulière dans le cadre de la définition des prototypes du parcours de santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

1 Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, de Decker L, Ferry M, Gonthier R, Hanon O, Jeandel C, Nourhashemi F, Perret-Guillaume C, Retornaz F, Bouvier H, Ruault G,

Trajectoire de vieillissement



Un défi

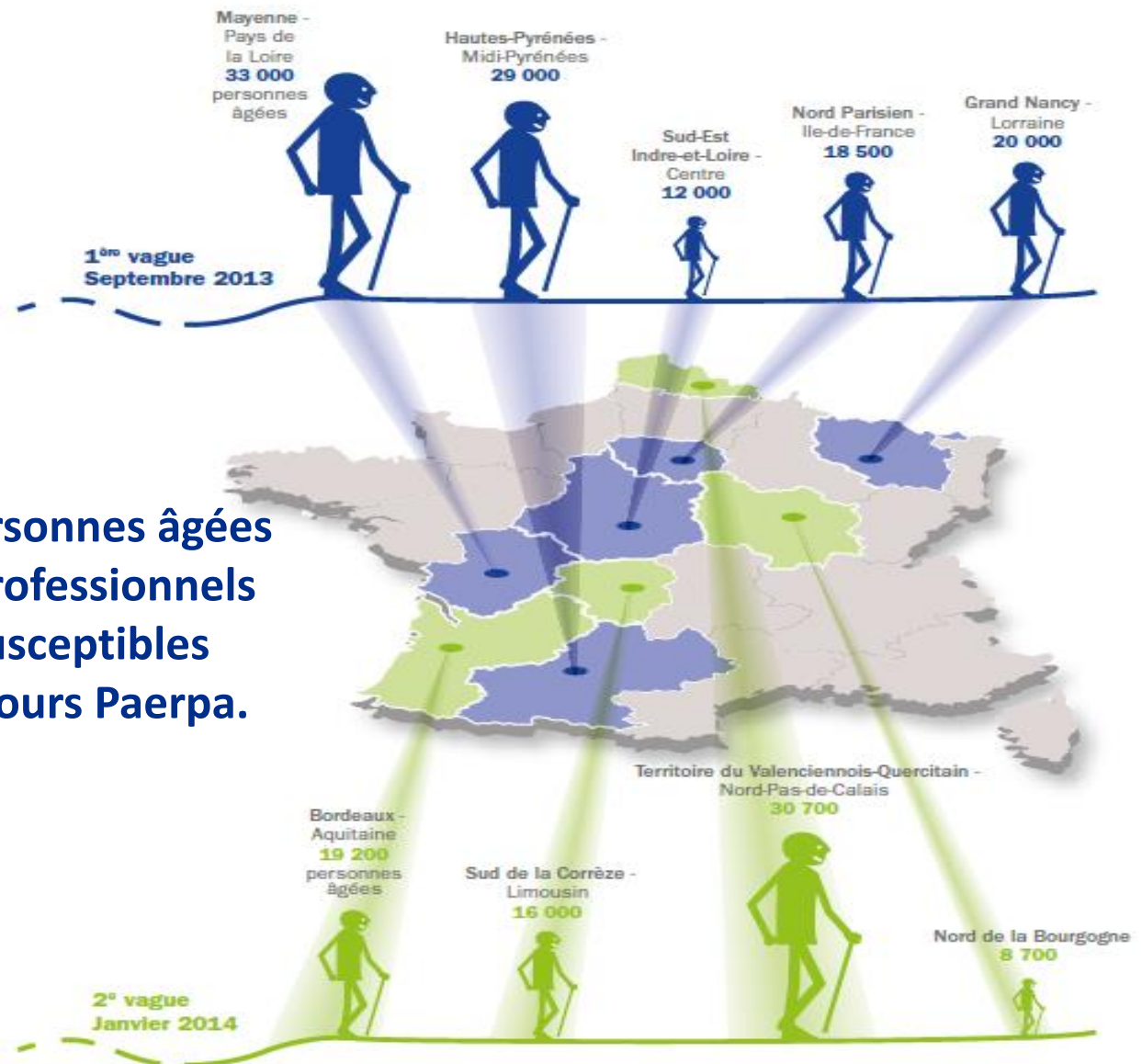
- Les personnes âgées, mobilisent entre le quart et la moitié des dépenses de santé.
 - La multiplicité des acteurs qui interviennent.
 - un enjeu important.
- Les objectifs finaux de l'approche « parcours » :
 - **« faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût ».**
- l'approche en parcours ne prend pas comme point de départ un type de structure ou le traitement d'une pathologie mais **une population donnée**, quels que soient les types de prise en charge auxquels elle a recours.

Le dispositif Paerpa rappel du contexte

PAERPA

- Le dispositif PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) a pour objectif d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus, encore autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical et/ou social.
- Il est expérimenté par neuf ARS depuis septembre 2013.

Deux vagues d'expérimentations



**Près de 190 000 personnes âgées
et environ 7000 professionnels
de santé sont susceptibles
d'intégrer les parcours Paerpa.**



- Les projets pilotes ont pour objectifs généraux
 - D'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées.
 - D'améliorer, sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs aidants.
 - D'améliorer sur un plan collectif, l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé.

Déclinaison des objectifs...

Sous
Objectifs

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants.
- **Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé** de personnes âgées en risque de perte d'autonomie.
 - Il vise également à inscrire chaque étape du parcours dans une démarche de prévention des facteurs de risque de la perte d'autonomie ainsi qu'à répondre aux besoins des proches aidants dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées.
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la **coordination** des acteurs.

Les missions des acteurs

Un parcours mieux coordonné



ARS

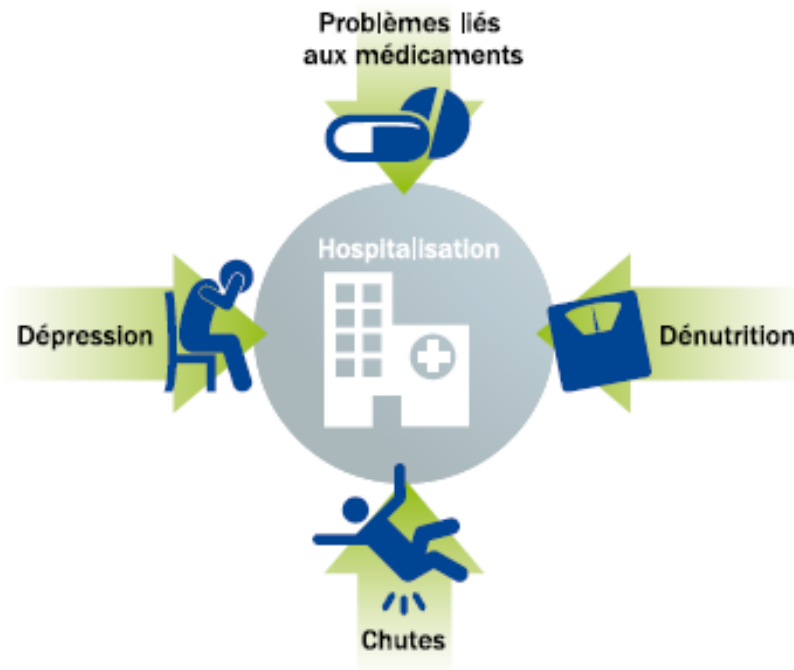
- Un chef de projet PAERPA, chargé de la mise en place et du suivi du dispositif.
 - La mise en place de l'annuaire des ressources.
 - La mise en place de la messagerie sécurisée.
 - L'accompagnement des acteurs dans le déploiement et l'utilisation des outils informatiques.
 - **La mise en œuvre de l'offre de formation.**
 - Le processus de remontée d'information dans le cadre du dispositif d'évaluation nationale.
 - L'assistance informatique pour aider les professionnels à se familiariser avec les systèmes d'information et à adapter leurs logiciels métiers.

Les professionnels de santé en ville

- Autour du médecin généraliste, coordonnateur du parcours de soins
 - **La Coordination Clinique de Proximité : CCP**
 - La CCP est une équipe pluri professionnelle de proximité,
 - Elle est composée des professionnels de santé intervenant en ville aux côtés de la personne : infirmier (libéral ou coordonnateur de SSIAD), pharmacien et autres professionnels paramédicaux le cas échéant.

Limiter les hospitalisations

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation des personnes âgées identifiés



Or, l'hospitalisation des personnes âgées, lorsqu'elle est nécessaire pour traiter un problème de soins, aggrave souvent leur perte d'autonomie

La formation des professionnels de santé en ville

- Une formation pluriprofessionnelle à destination des professionnels de santé de ville, valant développement professionnel continu (DPC), est disponible sur les territoires pilotes.
 - Améliorer les pratiques professionnelles de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées.
 - **Les professionnels de santé participant à la démarche s'engagent à suivre une formation labellisée PAERPA, ou à participer à un évènement PAERPA organisé par l'ARS.**
 - Financement sur l'enveloppe pluriprofessionnelle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC).
 - La liste des programmes labellisés PAERPA à disposition sur le site de l'OGDPC.

■ *site de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu, OGDPC, www.ogdpc.fr*

La formation des professionnels de santé en ville

- Cette formation vise à comprendre les enjeux et les acteurs de PAERPA, dans une approche pluriprofessionnelle et intersectorielle, axée sur :
 - Les outils PAERPA, notamment le PPS, le recours à la CTA et les systèmes d'information ;
 - Les modalités de coordination et de transmission d'informations ;
 - Les principaux facteurs d'hospitalisation évitable des personnes âgées : dénutrition, dépression, chutes, problèmes liés aux médicaments.

Les services à domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD)

■ Pour les services à domicile

- Renforcer les partenariats avec les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les autres services médico-sociaux.
- Améliorer sur le territoire la visibilité et leur rôle en tant que structures de proximité impliquées dans le repérage des situations à risque et la prévention de ces risques.
- SSIAD et SPASAD, participent à la CCP et contribuent à la formalisation et au suivi d'un PPS.
- SAAD, repère les situations à risque et alerte la CCP.
 - Repérage des situations à risque en cas de modification du comportement et de l'humeur de la personne âgée, de difficultés inhabituelles à se déplacer, de chutes, de courses non consommées et d'un état problématique du réfrigérateur, d'une mauvaise observance du traitement prescrit...
 - Alerte, en transmettant ces informations au médecin traitant, ou au référent de la CCP qu'il a désigné, notamment *via* une messagerie sécurisée.

La formation des professionnels de l'aide et de l'accompagnement

- Une formation spécifique pour les professionnels de l'aide et de l'accompagnement (SAAD)
 - Le contenu est orienté sur le repérage des risques de perte d'autonomie et de l'alerte des professionnels de santé de la CCP.
 - Le financement provient de la section IV du budget de la CNSA. Il inclut la rémunération et le défraiement des salariés de l'aide à domicile en formation.

Les outils à disposition des professionnels

- Le PPS est un plan d'actions formalisé à plusieurs, sous la responsabilité du médecin traitant, pour la mise en œuvre d'interventions pluriprofessionnelle auprès d'une personne de plus de 75 ans.
 - Ses objectifs sont partagés avec le patient.
 - Il implique le médecin traitant et au moins deux autres professionnels.
- Il synthétise
 - les coordonnées de la personne et des professionnels médicaux et sociaux impliqués ;
 - les attentes de la personne, le plan de soins et le plan d'aides, avec les intervenants et les dates prévues pour les points d'étape.
 - Le modèle de PPS a été élaboré par la Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr)

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

- Pour faciliter le repérage des personnes cibles, la Haute Autorité de Santé a élaboré un questionnaire d'aide à la décision :
 - **1ere étape** : le médecin traitant identifie une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS

Questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS chez des patients de plus de 75 ans			
La personne	Oui	Non	?
a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
a-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant / l'entourage ?			
a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

1) Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

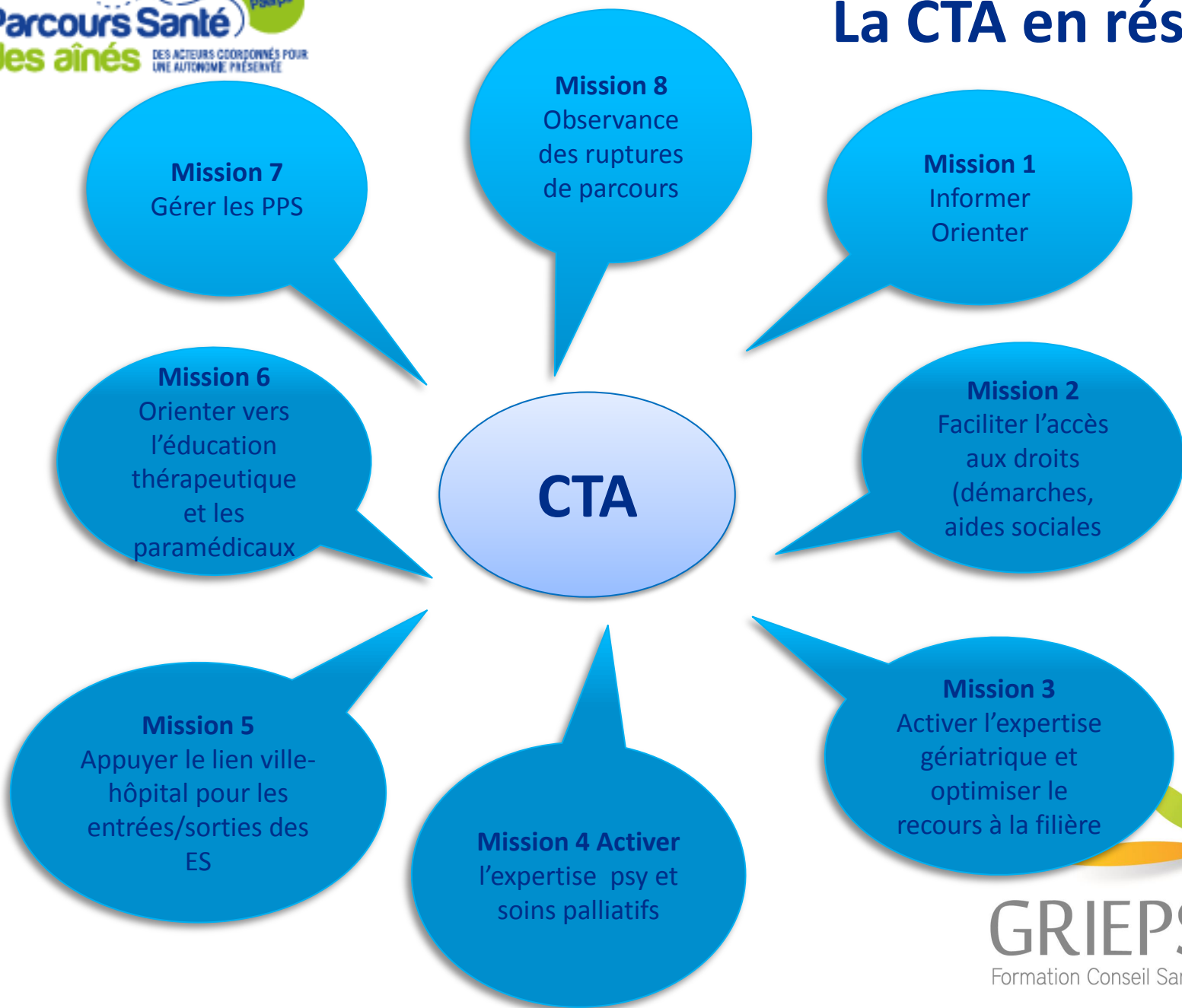
- **2e étape** : le médecin traitant peut alors décider d'initier un PPS s'il juge qu'un suivi pluri-professionnel, impliquant au moins deux autres professionnels est nécessaire.
 - L'élaboration du PPS résulte d'une concertation pluriprofessionnelle dont les modalités sont choisies par les acteurs locaux.
 - Une check-list annexée au PPS facilite la concertation et liste les problèmes identifiés.
- **3) Le volet social**, s'il est nécessaire, peut-être élaboré par la CCP en lien avec les professionnels sociaux et médico-sociaux ou avec l'aide de la coordination territoriale d'appui.

Le consentement du patient à la transmission d'informations entre professionnels doit être recueilli.

- La CTA est une plateforme d'information et d'appui à destination des professionnels, des aînés et de leurs aidants.
- Elle s'appuie sur les dispositifs existants au sein du territoire PAERA de l'ARS.
- Elle permet de favoriser une bonne information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire grâce à : un annuaire ou un répertoire opérationnel des ressources sanitaires, sociales et médico- sociales à la disposition des professionnels ; un numéro unique ouvert sur des plages étendues.
- Elle offre un service de guichet intégré pour orienter et informer les personnes âgées et leurs aidants.
- Elle joue un rôle d'interface entre les établissements de santé et les professionnels du domicile pour les entrées et sorties d'hospitalisation.

- Et plus spécifiquement, en cas d'hospitalisation, la CTA peut mettre en contact les équipes hospitalières avec les professionnels de sante en charge de la personne pour préparer la sortie.
 - En liaison avec les dispositifs mis en place par les organismes de sécurité sociale (ARDH, PRADO...), ou ceux mis en place dans le cadre de PAERPA (prise en charge temporaire d'aide a domicile).
- La CTA peut également solliciter les gestionnaires de cas des MAIA ou les réseaux de sante.
- La CTA peut contribuer a l'élaboration du volet social du PPS et aider au suivi des PPS.
- Elle centralise les consentements à la transmission d'informations.
- Elle offre un service de guichet intégré pour orienter et informer les personnes âgées et leurs aidants.

La CTA en résumé



Les outils de liaison et de coordination



- **Documents à 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 modèle est accessible sur le site de la Haute autorité de santé : www.has-sante.fr
 - **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.
 - **La conciliation médicamenteuse** 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.
 - **Le document de sortie d'hospitalisation** Rédigé de façon synthétique par l'équipe médicale de l'établissement de santé et transmis, le jour de la sortie, au médecin traitant et à l'EHPAD le cas échéant. 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. Le modèle est accessible sur le site de la Haute autorité de santé : www.has-sante.fr

- **Une messagerie sécurisée commune à l'ensemble des acteurs des trois secteurs** permet aux acteurs d'échanger : les documents de synthèse (VMS, DLU, CRH, PPS) ; des informations plus ciblées et plus ponctuelles dans une logique d'alerte.
- **L'utilisation du DMP, pour mieux partager les informations, en particulier les documents de synthèse.**
 - Stocker les documents de synthèse décrits supra et ayant vocation à être consultés facilement et partagés
- **L'outil informatique de la coordination territoriale**
 - Assurer le suivi des dossiers passant par la CTA ;
 - Connaître les personnes âgées suivies par une coordination clinique de proximité (et les coordonnées des membres de cette coordination clinique de proximité),
 - Renseigner et suivre les indicateurs les processus utiles au pilotage des territoires pilotes.

La transmission des informations

Le cadre juridique

- Afin de faciliter la transmission d'informations pertinentes dans le cadre du PAERPA, un cadre juridique dérogatoire a été créé.
- Sous réserve du **consentement de la personne**, il permet à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'échanger sur les caractéristiques et facteurs de risque de la personne afin d'anticiper une dégradation de son état de sante, **via des systèmes d'information sécurisés**.
- **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.

Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

La mise en œuvre de l'offre de formation

Les missions des organismes de formation

- Le programme de formation PAERPA intègre les 3 étapes (cognitive, Analyse des Pratiques Professionnelles et mise en œuvre / suivi des améliorations) lui permettant d'être éligible au DPC.
 - **Organiser et adapter la formation en fonction du contexte du territoire pilote avec les responsables PAERPA de chaque ARS par des rencontres en amont avec les chefs de projet et responsables des territoires PAERPA de chaque ARS.**
 - Le programme est animée par un **formateur et un intervenant local selon les thématiques abordées et les spécificités du territoire pilote.**
 - A cet effet, le projet repose sur la constitution d'une **équipe d'acteurs locaux du territoire pilote**, favorisant le partage des pratiques et les retours d'expériences.
 - Conformément au cahier des charges, les groupes de formateurs sont constitués **d'un médecin généraliste, d'une IDE, d'un gériatre et d'un professionnel du social, un des membres est issu de la CTA.**
 - **Coordonner les intervenants locaux et ponctuels.**
 - Construire les outils et de mettre en œuvre les méthodes pédagogiques, notamment **l'analyse des pratiques.**
 - De favoriser les retours d'expérience et les partages de pratiques.

La formation des acteurs de la Coordination Clinique de Proximité

- La formation (2 jours) s'adresse à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées dans le cadre du parcours de santé : médecin traitant , infirmier libéral, pharmacien d'officine, kinésithérapeute.
 - Maîtriser le modèle organisationnel du projet pilote, et notamment la place de la coordination territoriale d'appui ;
 - Utiliser les systèmes d'information mis à disposition ;
 - Structurer les synthèses médicales de la personne âgée (VMS, CRH, DLU...) dans une logique de parcours et de passage de témoin, ainsi que d'alerte ;
 - Élaborer à plusieurs un PPS (plan personnalisé de santé, comprenant aides et soins, dont ETP), sous la responsabilité du MT avec la définition d'indicateurs de suivi partagés.
 - Avec pour fil rouge l'amélioration des pratiques professionnelles autour de quatre facteurs de risque d'hospitalisation (problèmes liés aux médicaments, dénutrition, dépression, chutes).

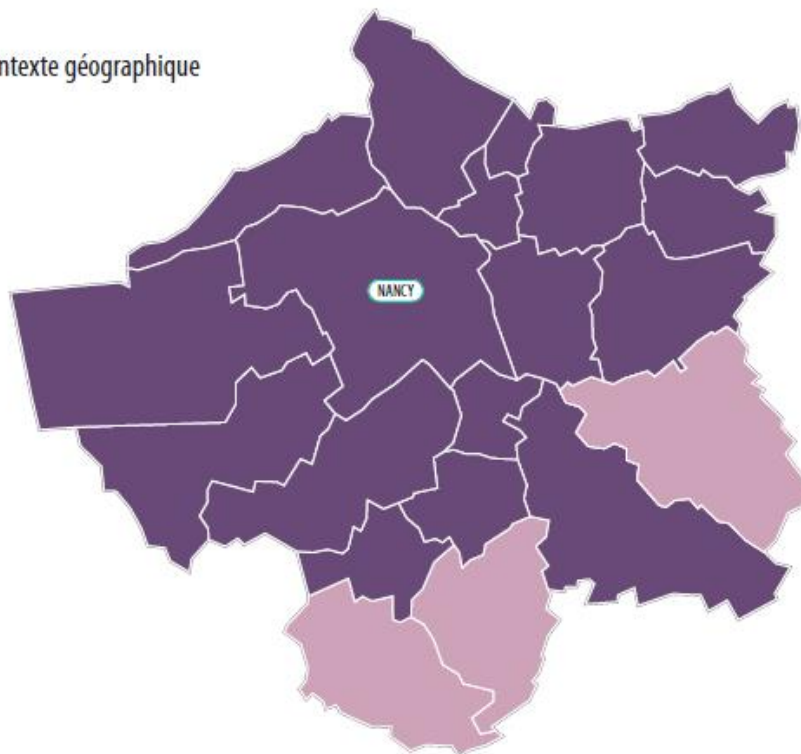
La formation des aides à domicile

- La formation (2 jours) des aides à domicile, au repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie ou de fragilité, dans les territoires-pilotes porte sur 3 thèmes principaux :
 - Savoir repérer les indices de risque de perte d'autonomie (exemple : courses non consommées, difficultés inhabituelle à se déplacer, troubles de l'humeur, du sommeil, médicaments non pris...).
 - Savoir transmettre les informations pertinentes aux acteurs de la coordination clinique de proximité et savoir les transmettre à la CCP et au médecin traitant pour qu'il les prenne en compte.
 - Savoir s'inscrire dans le suivi de la personne âgée.



Retour d'expériences des formations PAERPA à destination des professionnels de la ville

- 54 - Meurthe et Moselle - Le Grand Nancy, ARS Lorraine
- 62 – Pas de Calais - Le territoire Valenciennois-Quercitain,
ARS Nord-Pas-de-Calais
- 37 - Le Lochois, sud-est du département d'Indre-et-Loire,
ARS Centre
- 65 - Le département des Hautes-Pyrénées, ARS Midi-Pyrénées



Part des 75 ans et plus : 8,2 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 613 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 19 345 € (France métro : 18 749)

Commune appartenant à : 1.6a

un pôle d'une grande aire urbaine
une périphérie

NANCY préfecture



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ; CIRD, 2014

Meurthe et Moselle - Le Grand Nancy

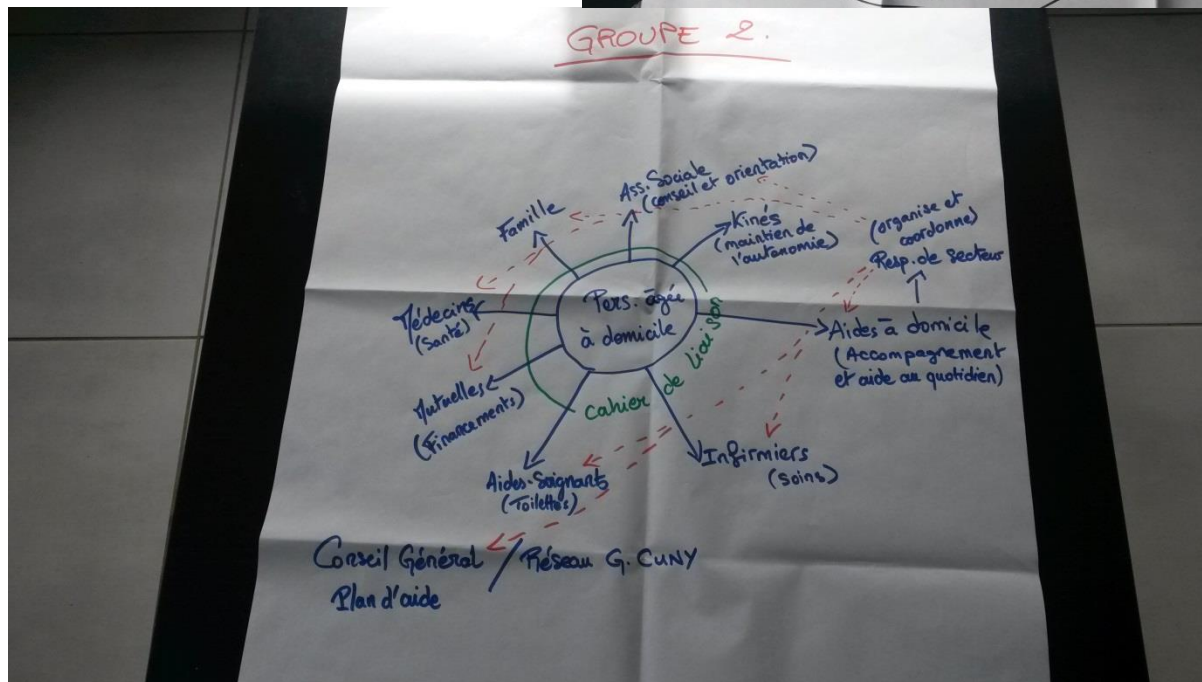
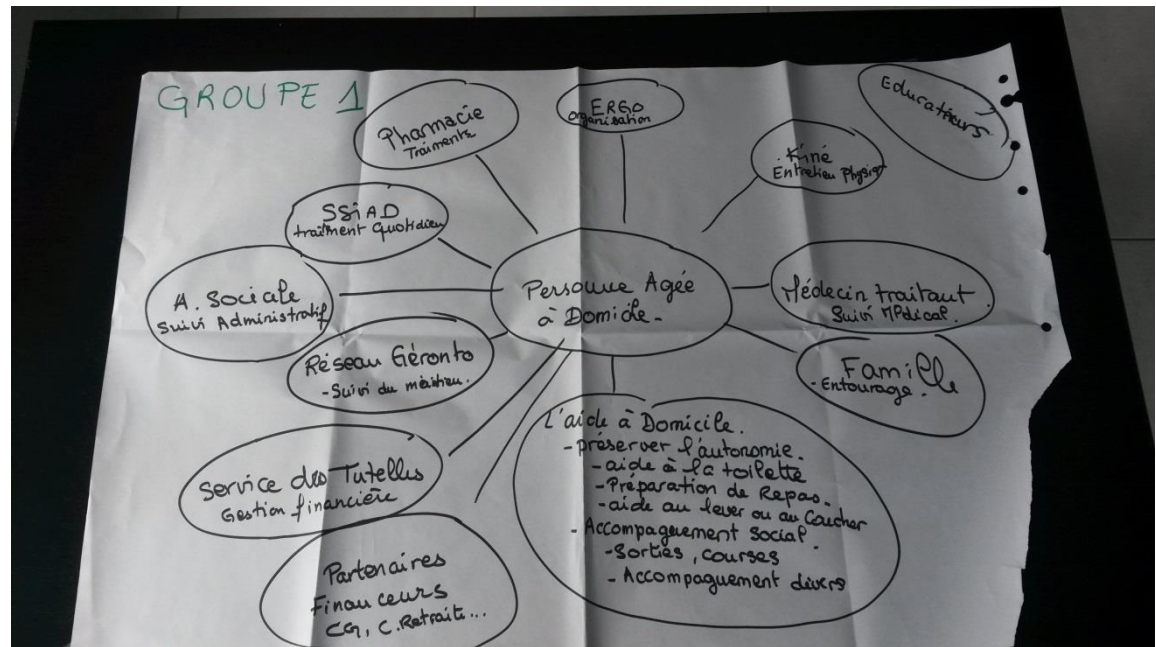
ARS Lorraine

Les spécificités

- **La co-construction et l'adaptation des projets pédagogiques** des aides de vie et des libéraux avec les responsables de l'ARS et de la CTA.
 - La CTA portée par le Conseil Départemental et le Réseau Gérard Cuny, installés dans les mêmes locaux.
 - L'intervention du médecin gériatre du Réseau Gérard Cuny lors de la formation.
 - L'intervention d'un professionnel issu de la CTA.
- **Optimisation des liens entre le repérage de la fragilité (Grille SEGA) et le PPS (réadapté en Lorraine).**

La formation des aides de vie en Lorraine

L'identification par les
aides de vie de leur place,
rôle et
responsabilité
auprès de la personne
âgée, et des
professionnels impliqués
au domicile



Mise en évidence par
les aides de vie de la
nécessaire
coordination des
acteurs

La simulation du vieillissement

Il s'agit pour les participants de prendre conscience des difficultés, dans l'avancée en âge, liées aux troubles de la vue, de l'audition, de la réduction de la mobilité et de la préhension.

Et donc, d'identifier les risques de iatrogénie, de chute, de dénutrition, d'isolement/dépression, in fine de mieux prévenir les risques de perte d'autonomie.

Cette expérience a pour but de mieux comprendre les problèmes à réaliser les actes de la vie : prendre ses médicaments, lire une ordonnance, se déplacer, faire ses courses, préparer ses repas...



Le repérage de la fragilité

GRILLE SEGA- A

COMMENT REPÉRER LE NIVEAU DE FRAGILITÉ ?

CETTE GRILLE PEUT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR TOUTE PERSONNE EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE ÂGÉE VIVANT À DOMICILE.

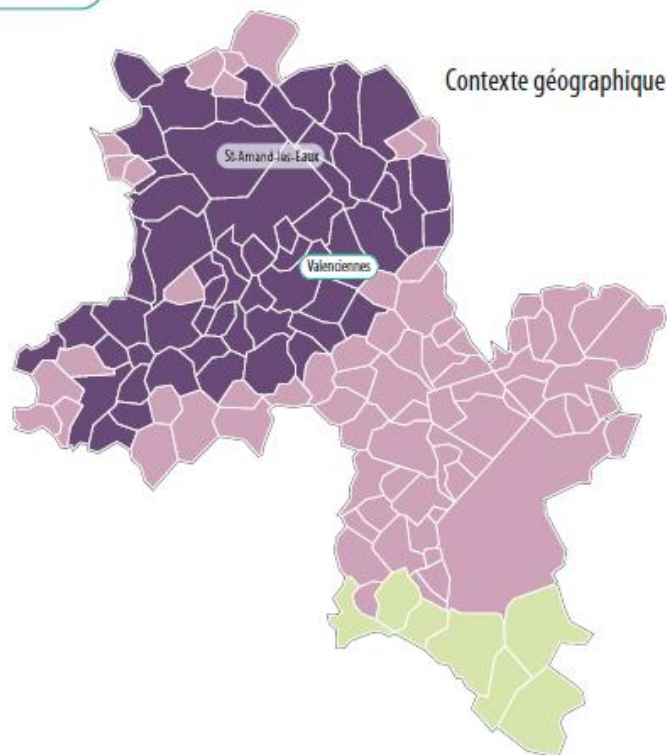
	0	1	2	Score
Age	74 ans ou moins	Entre 74 et 84 ans	85 ans ou plus	
Performance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FI ou EHPAD	
Médicament	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3Kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise de repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total :				 / 26

INTERPRÉTATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	Score < 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

A QUI TRANSMETTRE

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014



Pas de Calais - Le territoire Valenciennois-Quercitain, ARS Nord-Pas-de-Calais

La formation des professionnels libéraux
des professionnels sociaux et médico-sociaux

Les spécificités

- **Un KIT pédagogique (en ligne)** réalisé par l'ARS
- Des **intervenants locaux 'formés'** par la CARSAT
- Le système d'alerte : **fiches alertes**
 - Médecin traitant, IDE, Pharmacien, professionnel intervenant au domicile, l'aidant...
- **4 PPS**
 - Le PPS (HAS)
 - Le Plan Personnalisé de Santé Multirisque, l'évaluation IDE.
 - Le Plan Personnalisé de Santé Multirisque Optimisé, l'évaluation IDE et pharmacien.
 - Le PPS spécifique CH Denain : La conciliation médicamenteuse et gestion de sortie de l'hôpital au domicile.

Fiches d'alerte : exemples

Système d'alerte pour les aidants formels

Il s'agit d'informations pertinentes souvent inaccessibles aux médecins traitants, infirmières libérales, pharmaciens, etc.

8 questions proposées lors d'une alerte par les aidants formels à domicile

Chute

Le patient est-il tombé ?

Le domicile et la marche du patient dans son domicile sont-ils à haut risque de chute ?

Dénutrition

Le patient maigrit-il ?

La nourriture est-elle souvent jetée ? (réfrigérateur plein, aucun plat n'est cuisiné)

Médicaments et risque iatrogénique

Y a-t-il beaucoup de boîtes de médicaments qui traînent dans le domicile ?

Le patient se plaint-il de ses traitements ? (trop de médicaments, difficiles à prendre, effets indésirables, déclare ne pas tout prendre, etc.)

Dépression et risque suicidaire

Le conjoint(e) est-il décédé(e) ou hospitalisé(e) récemment ?

Le patient fait-il une déprime ? Parle-t-il de vouloir mourir ?

Outil du territoire du Valenciennois-Quercitain

Système d'alerte pharmacologique

Il s'agit de repérer chez la personne âgée de 75 ans et plus sur une même ordonnance ou sur des ordonnances dissociées (se chevauchant), les situations suivantes :

Situations d'alertes pharmacologiques	
3 psychotropes ou plus	
BZD de longue durée d'action	
2 neuroleptiques	
Hypnotique + BZD	
Principe actif à effet anticholinergique anti-muscarinique fort (Hydroxyzine +++)	
≥ 4 antihypertenseurs	
≥ 2 antidiabétiques oraux dont 1 glimide	
≥ 2 antidiabétiques oraux dont 1 sulfamide hypoglycémiant	
Absence de vitamine D sur les 3 derniers mois	

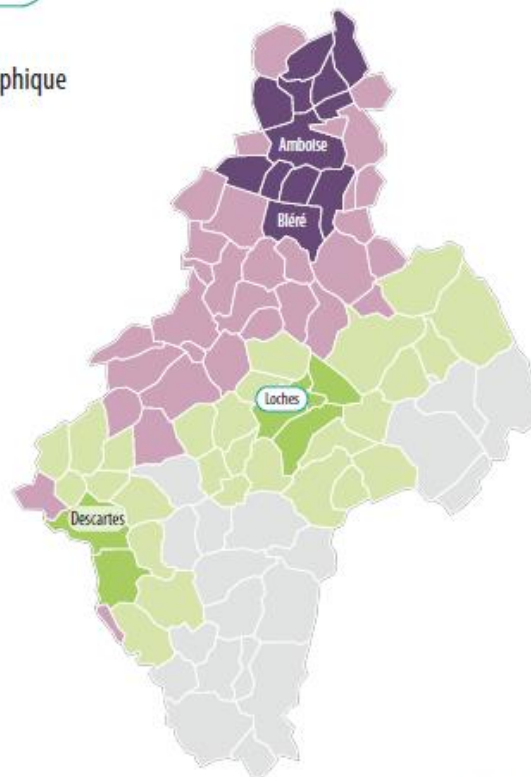
Outil du territoire du Valenciennois-Quercitain

La coordination des acteurs dans la formation

■ Une demi-journée de formation consacrée à la coordination des professionnels libéraux et des professionnels sociaux et médico-sociaux

- « *Créer une dynamique et une communauté d'acteurs aptes à travailler ensemble* ».
- **Ateliers : professionnels sociaux et médico-sociaux, médecins, IDE, pharmaciens, kinésithérapeutes**
- **Coordonner les actions pour travailler ensemble dans la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.**
 - Analyse du parcours de santé de la personne âgée prise en charge à partir des situations concrètes apportées par les participants.
 - Mise en évidence des complémentarités de chacun des acteurs.
 - Identification des étapes clés de la prise en charge de la personne âgée en risque de perte d'autonomie et les interfaces nécessaires.
 - Eviter les points de rupture.

Contexte géographique



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Part des 75 ans et plus : 11,9 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 600 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 18 229 € (France métro : 18 749)



37 - Le Lochois, sud-est du département d'Indre-et-Loire, ARS Centre

La formation des professionnels libéraux
Les spécificités

La formation OGDPC PAERPA

- 3 sessions pluri-professionnelles : médecins libéraux, pharmaciens d'officine, IDEL, kinésithérapeutes.
- 2 demi-journées co-animées avec la coordinatrice de la CTA et un intervenant de l'e-santé Centre.
- Mise en situation professionnelle simulée de CCP et réalisation d'un PPS à partir d'une situation clinique.
- Réalisation en direct des alertes et des PPS sur la plateforme de la CTA.



La fiche des alertes

Grille de repérage des critères d'alerte de risque de perte d'autonomie
Pour les personnes âgées de 75 ans et plus du territoire PAERPA

Le :

Nom / Prénom de la personne repérée : Age (si connu) :

Commune du lieu de résidence :

Nom du professionnel signalant :

Fonction et organisme de rattachement :

Nom du médecin traitant (si connu) :

Dernier GIR connu :

Plan d'aide : ☐ OUI ☐ NON

Si oui : Organisme financeur (si connu) :

Plan d'aide utilisé dans sa totalité : ☐ OUI ☐ NON

Assentiment de la personne âgée à la transmission de cette grille obtenu : ☐ OUI ☐ NON

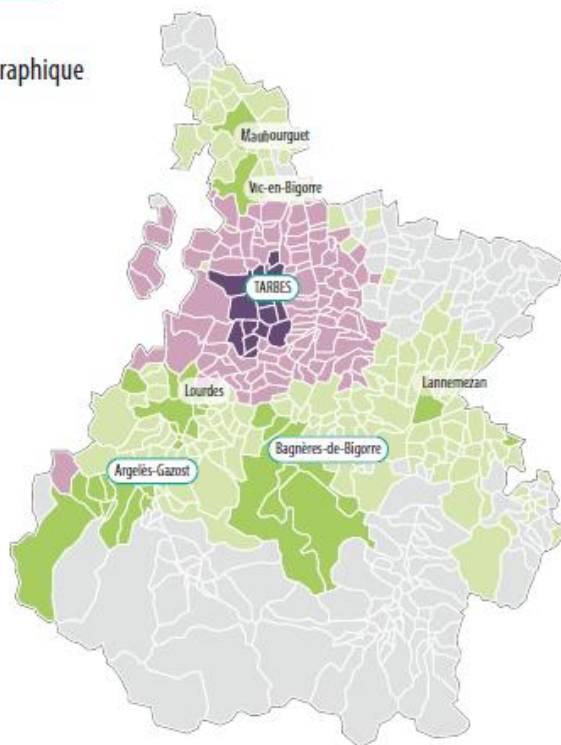
Merci de bien vouloir compléter cette grille dans le cas d'une situation de rupture, de modifications ou d'altérations soudaines chez la personne âgée concernée :

Exprimé par la personne âgée et/ou constaté par son entourage :	Merci de cocher votre réponse	
	OUI	NON
Isolement social ou familial récent	☐	☐
Pleurs, désintérêt, changement d'humeurs persistants, perte d'appétit	☐	☐
Perte de mémoire et/ou quelques troubles du comportement (ex. : propos confus)	☐	☐
Apparition ou aggravation d'une grande fatigue (chute, amaigrissement, marche difficile, difficultés à se relever de son fauteuil)	☐	☐
Apparition ou aggravation des difficultés pour les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, manger, prise des médicaments, ...)	☐	☐
Apparition ou aggravation d'un problème de santé grave	☐	☐

Une seule réponse « OUI » à ces critères doit vous faire alerter le médecin traitant avec l'assentiment de la personne. Le médecin décidera ou non l'activation de la Coordination Clinique de Proximité (CCP) et de la mise en œuvre d'un Plan Personnalisé de Santé.

Merci de bien vouloir renvoyer la grille complétée à la Coordination Territoriale d'Appui pour suivi, à l'adresse suivante : cta37@paerpa-centre.fr

Outils à disposition de tous, des professionnels libéraux et sociaux, médico-sociaux *via la plateforme de la CTA et messagerie sécurisée*



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Part des 75 ans et plus : 12,8 % (France métropolitaine : 9,1%)
Mortalité des PA : 648 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 16 616 € (France métro : 18 749)



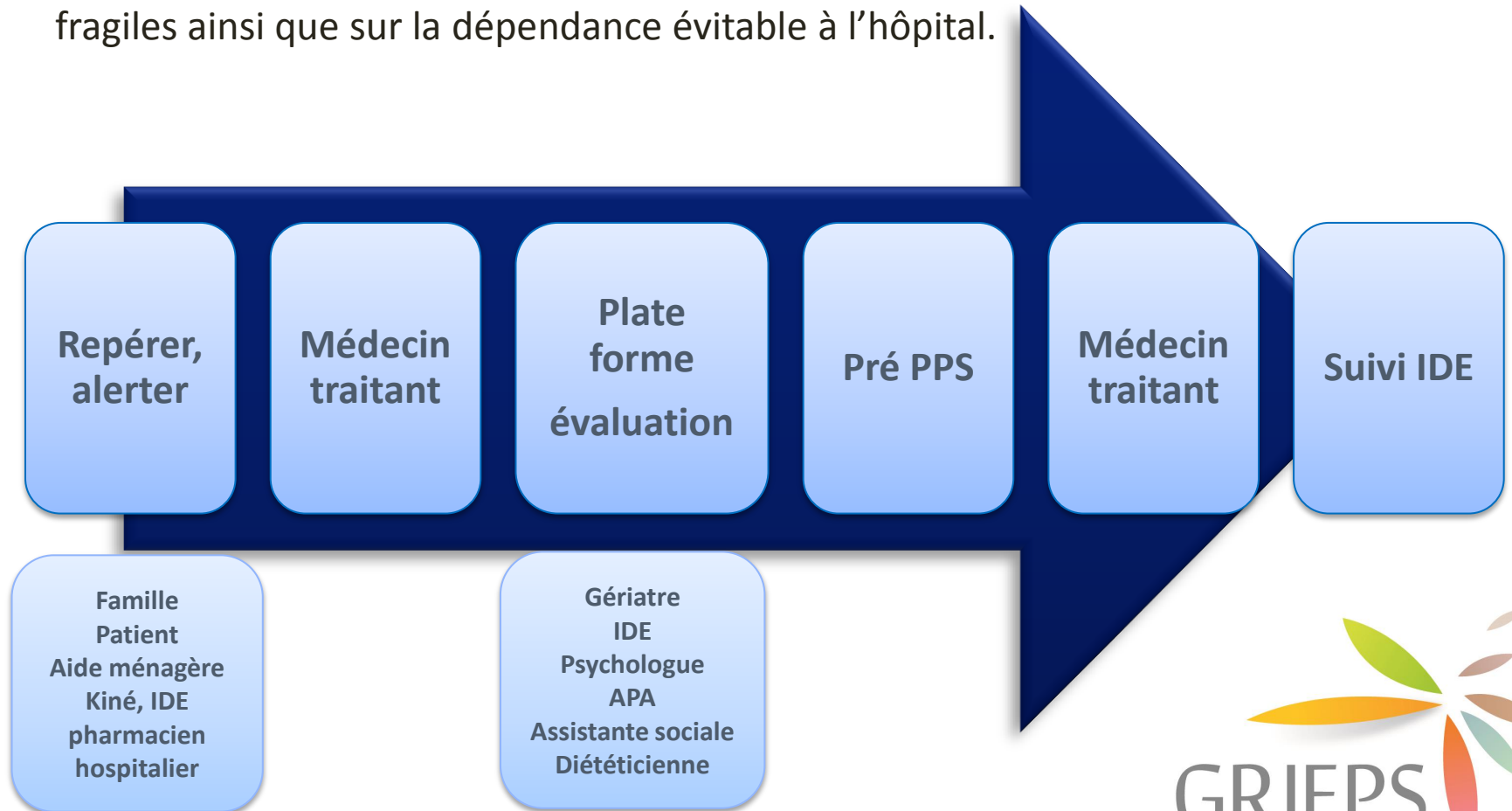
65 - Le département des Hautes-Pyrénées, ARS Midi-Pyrénées

La formation des professionnels libéraux
Les spécificités

- Les missions du Gérontopôle et le CHU de Toulouse.
 - Un territoire impliqué dans le repérage de la fragilité et la prévention de la dépendance.
 - Des travaux de recherche.
 - L'Equipe Régionale Vieillissement et Prévention de la Dépendance.
- La formation des professionnels libéraux
 - Intervention d'un médecin gériatre de l'ERVPD.
 - D'un médecin généraliste.

Les spécificités : le Gérotopôle

Des Équipes Territoriales Vieillissement et Prévention de la Dépendance (ETVPD) : Repérage, l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées fragiles ainsi que sur la dépendance évitable à l'hôpital.



Repérage l'affaire de tous :
Famille, aidant
Patient lui-même,
Aide de vie,
Kiné, IDE
pharmacien
hospitalier

Personne à prévenir pour le RDV :

Nom :

Lien de parenté :

Tél :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Email :

Nom du médecin prescripteur :

Tél :



Hôpitaux de Toulouse

Informations patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Adresse :

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL $\geq$ 5 /6), à distance de toute pathologie aigue.

REPERAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

⇒ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile: ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ☐ OUI ☐ NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : _____

Rendez-vous programmé le : _____

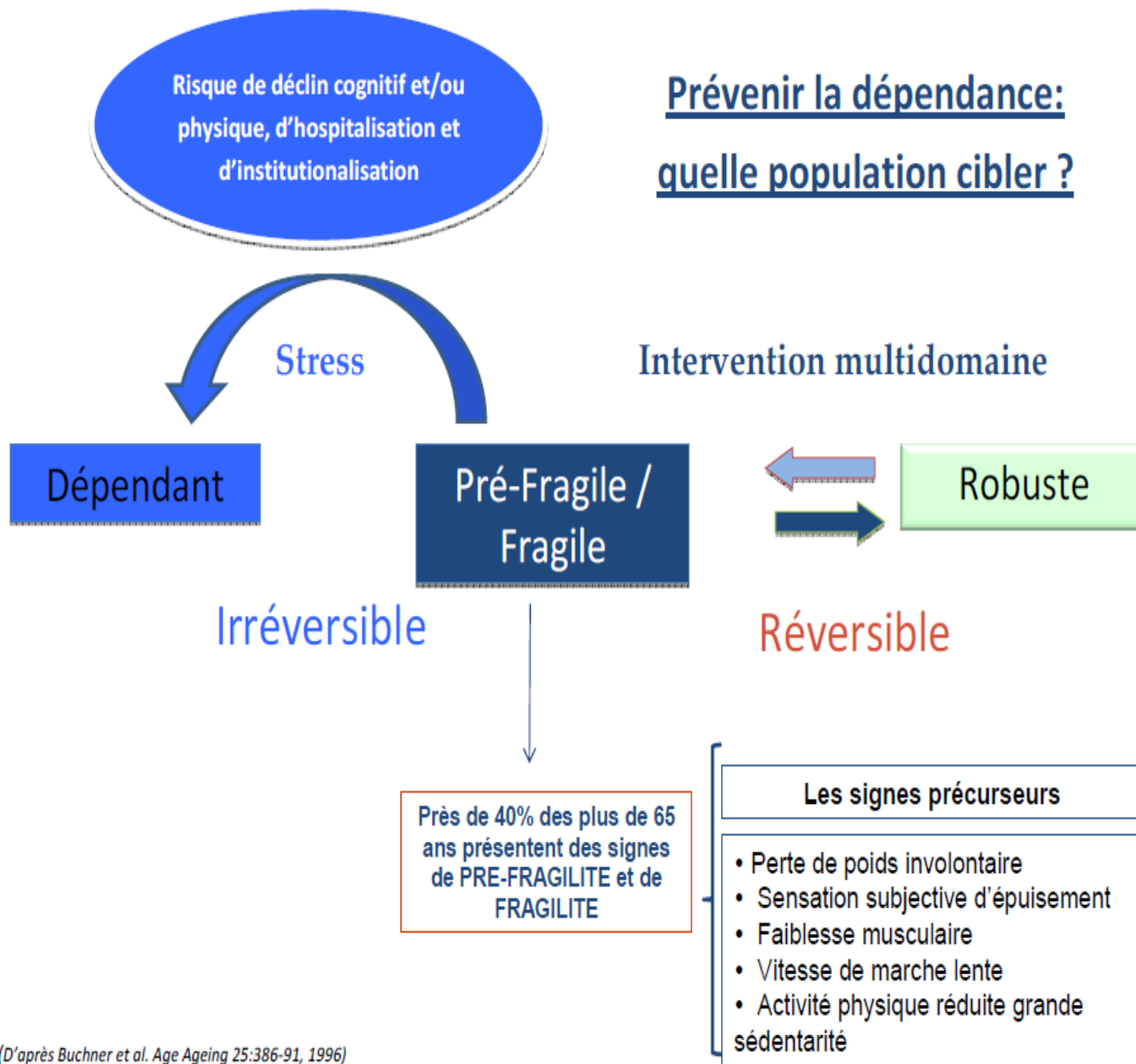
Médecin traitant informé ☐ OUI ☐ NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contacter le 05.61.77.79.29 (ou e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr)

Faxer la fiche au 05.61.77.79.27 et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).

Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.



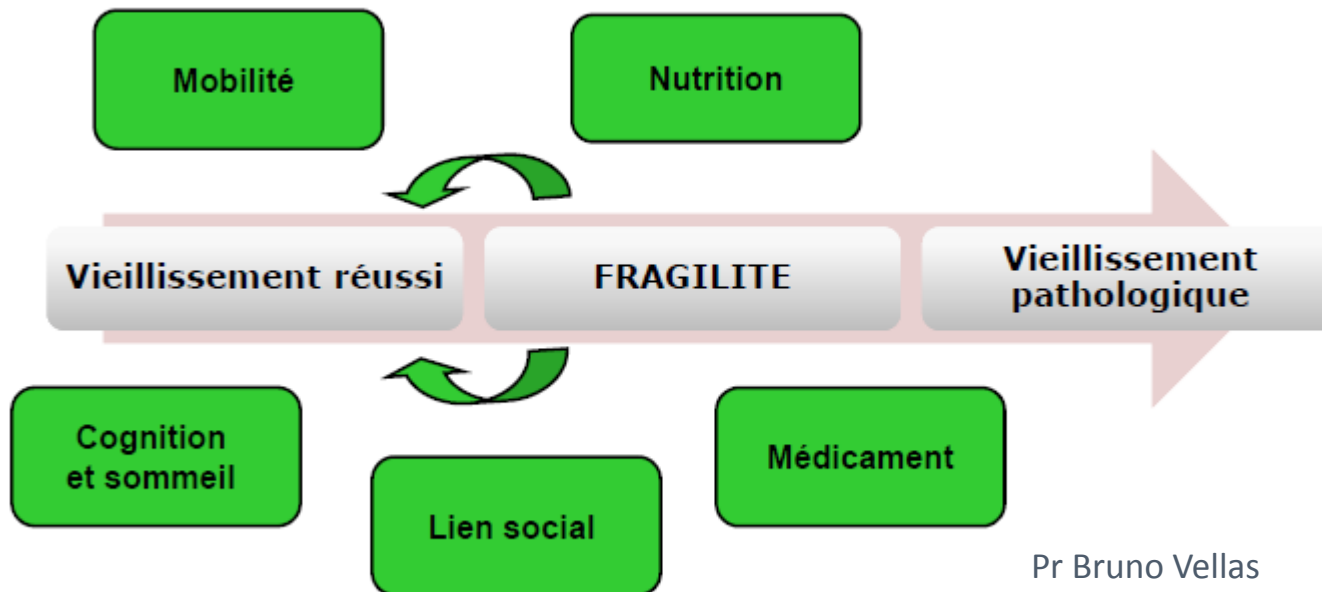
(D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996)



Fragilité/Nutrition/Sarcopénie

Plusieurs projets nationaux et internationaux ont été produits par le Gérotopôle durant ces dernières années. L'étude des deux conditions (perte de masse osseuse et fonte musculaire dues au vieillissement) est particulièrement proche de la pratique clinique et bénéficie de ce fait, de l'Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités. Le Gérotopôle a reçu des financements publics et privés pour conduire des essais d'intervention dans ce domaine. (Chaire d'Excellence de l'Agence Nationale de Recherche).

Objectif : *essai clinique destiné à évaluer l'intérêt de l'exercice physique dans la lutte contre la fragilité physique et la sarcopénie.*



Pr Bruno Vellas

Conclusion

Des expérimentations

- A partir des retours d'expériences des professionnels, les personnes âgées semblent majoritairement partie prenante.
- Les professionnels libéraux démontrent de l'intérêt pour travailler ensemble.
- Des outils différents sur l'ensemble des territoires
 - Grilles de repérage de fragilité
 - Grilles de repérage de facteurs de risques
 - Des PPS « adaptés »
- Le développement du SI.

10 indicateurs clés des expérimentations PAERPA

A. Indicateurs sur l'amélioration de la pertinence du recours à l'hôpital

■ Améliorer l'organisation en amont de l'hospitalisation

- 1. Taux d'hospitalisations non programmées en MC (nombre de personnes hospitalisées au moins une fois avec la définition ATIH des séjours non programmés)
- 2. Proportion des résidents d'EHPAD disposant d'un Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)
- 3. Taux de recours aux urgences des résidents d'EHPAD

■ Améliorer l'organisation en cours d'hospitalisation et en aval de celle-ci

- 4. Taux de réhospitalisation à 30 jours en MC
- 5. Nombre de journées d'hospitalisation / population cible du territoire en MC

B. Indicateurs sur les modalités et les outils de la coordination des parcours

■ L'implication des professionnels

- 6. Nombre de professionnels ayant suivi une formation PAERPA ou fléchée PAERPA / Nombre de professionnels du territoire

■ Les outils de la coordination

- 7. Nombre de professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux disposant d'une messagerie sécurisée intégrée dans l'espace de confiance de l'ASIP Santé / Nombre de professionnels du territoire
- 8. Nombre de PPS ouverts

■ Les appuis à la coordination

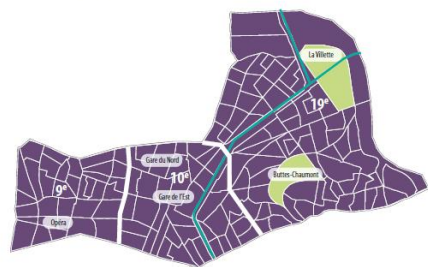
- 9. Nombre d'appel traités et visites physiques reçues par la Coordination Territoriale d'Appui (CTA)

C. Indicateurs sur la diminution du risque iatrogénique

- 10. Pourcentage de personnes prenant plus de 10 molécules différentes (au moins 3 délivrance dans les 12 derniers mois) des personnes à domicile (hors EHPAD)

500 m

Contexte géographique



Part des 75 ans et plus : 5,5 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 542 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 20 544 € (France métro : 18 749)



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-DRI, 2010 et Idex, 2014

75 - Le nord-est parisien (9e, 10e et 19e arrondissements de Paris),
ARS Ile-de-France

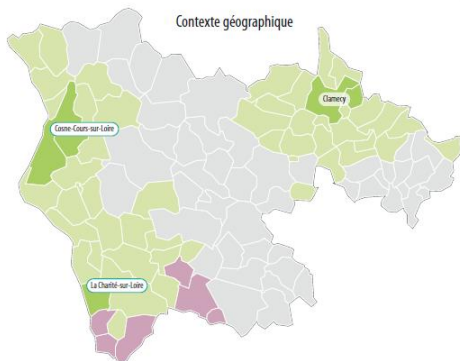
Parcours Santé
des aînés

58 - Le nord-ouest
du département de la Nièvre,
ARS Bourgogne

2015/2016

5 km

Contexte géographique



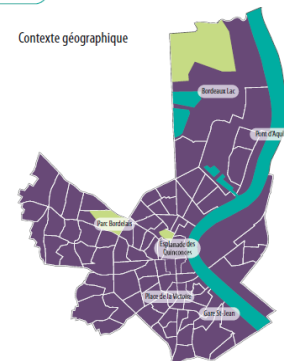
Part des 75 ans et plus : 14,6 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 717 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 16 893 € (France métro : 18 749)



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-DRI, 2010 et Idex, 2014

1 km

Contexte géographique



Part des 75 ans et plus : 8,0 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 578 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 19 700 € (France métro : 18 749)



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-DRI, 2010 et Idex, 2014

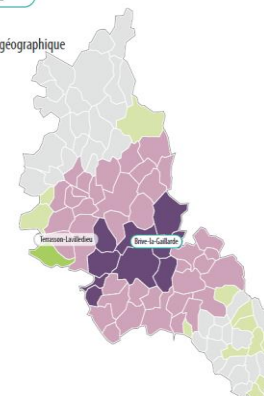
33 - La ville de Bordeaux,
ARS Aquitaine

Parcours Santé
des aînés

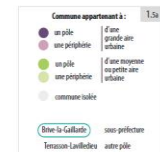
19 - Le territoire de Brive-la-Gaillarde, ARS Limousin

5 km

Contexte géographique



Part des 75 ans et plus : 12,9 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 624 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 18 179 € (France métro : 18 749)



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-DRI, 2010 et Idex, 2014

FORMATION Conseil Santé

PAERPA...tous responsables