



Parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie

Projet pilote PAERPA Lorrain

Dr Eliane ABRAHAM - Réseau Gérard Cuny – NANCY

2 décembre 2014 – groupe « réseaux » SFGG



Projet pilote PAERPA Lorrain

Présentation générale



- Origine de la logique de parcours
- Principes directeurs du projet pilote
- Objectifs du projet pilote
- Caractéristiques du dispositif (coordination territoriale d'appui et coordination clinique de proximité)
- Le projet pilote Lorrain

Origine de la logique de parcours (1/2)

❑ Deux rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) 2010-2011

- Insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales,

- Recours abusif à l'hospitalisation : causes de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées.

❑ C'est dans cette logique que le HCAAM préconise la mise en place de projets pilotes fondés sur une approche par parcours de santé

Origine de la logique de parcours (2/2)

□ Une intervention du législateur en deux temps :

La LFSS 2012 (art 70) a permis de lancer des premières expérimentations sur 11 projets dans 7 régions autour de la prévention et de la sortie d'hôpital

La LFSS 2013 (art 48) prévoit un dispositif beaucoup plus ambitieux de projets pilotes sur l'ensemble du parcours de santé des personnes âgées.

□ **Un comité de pilotage** a ainsi été mis en place pour organiser les réflexions autour d'ateliers qui ont abouti à un cahier des charges

9 territoires retenus

□ 5 territoires sélectionnés pour une mise en œuvre en sept. 2013

Centre (territoire du Lochois)

Ile-de-France (territoire parisien)

Lorraine (territoire nancéen)

Midi-Pyrénées (territoire des Hautes-Pyrénées)

Pays-de-la-Loire (territoire mayennais)

□ 4 territoires sélectionnés pour une mise en œuvre début 2014

Aquitaine (territoire de Bordeaux)

Bourgogne (territoire nivernais)

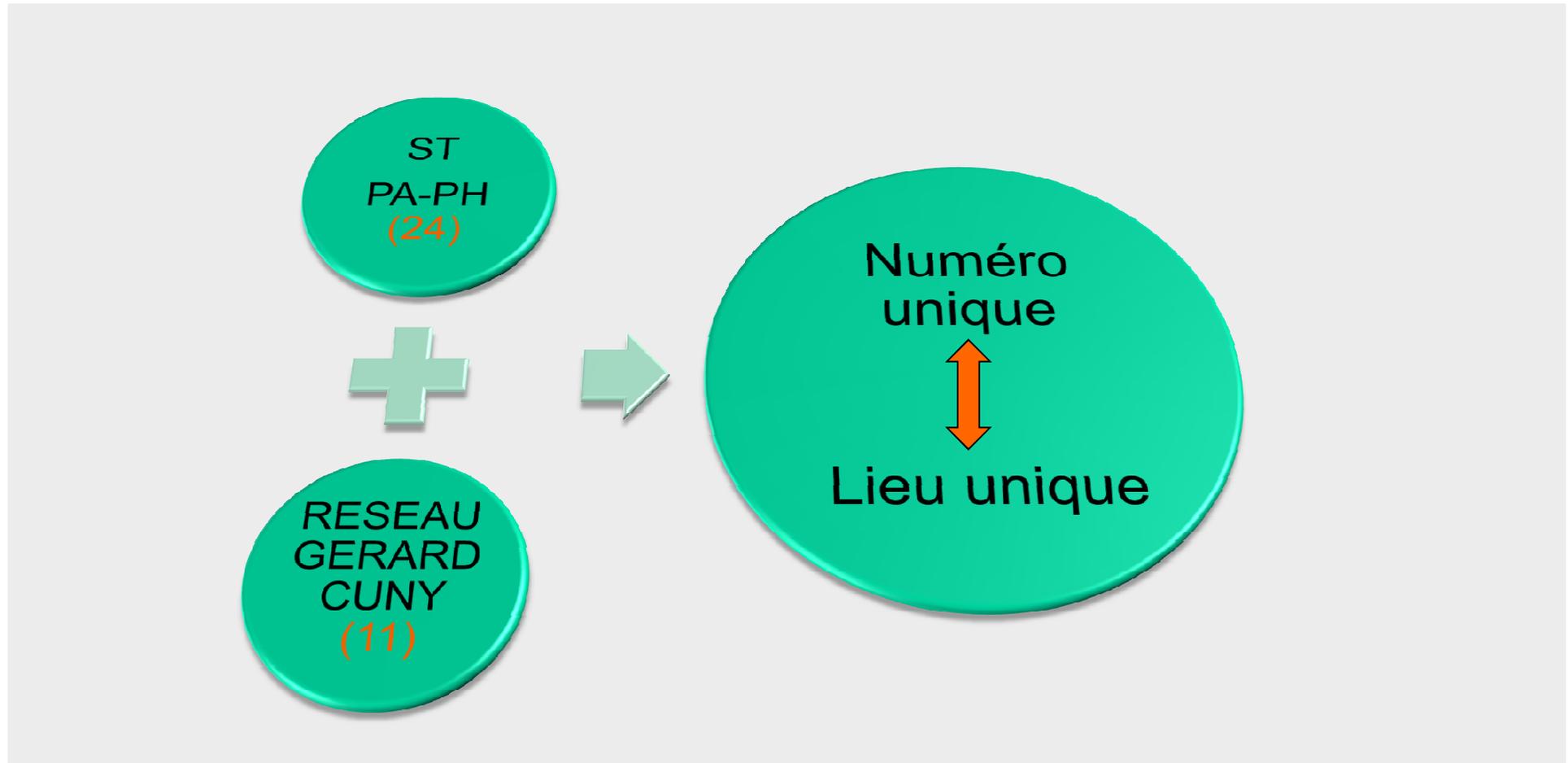
Limousin (territoire corrézien)

Nord-Pas-de-Calais (territoire du Valenciennais-Quercitain)

Principes directeurs du projet pilote

- Une expérimentation qui s'inscrit dans le cadre de la **stratégie nationale de santé**
- Le dispositif doit concerner **l'ensemble de la population de plus de 75 ans** et l'ensemble des acteurs de la prise en charge
- L'approche doit **s'appuyer sur les dynamiques locales** ainsi que **sur les organisations et les acteurs existants** pour la mise en œuvre d'un **cahier des charges arrêté par la Ministre**
- L'approche doit **intégrer les dispositifs**, notamment ceux de l'Assurance Maladie, **déployés ou en cours de déploiement**
- **L'évaluation médico-économique** doit être poursuivie sur le long terme
- Un projet pluri annuel, 2014-2017, sur 9 territoires

Regroupement des coordinations



La **C**oordination **T**erritoriale d'**A**ppui

Numéro unique CTA : **03 55 68 50 90**

➤ joignable **par tout professionnel**

➤ du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h00 et le samedi de 8h30 à 12h00

Equipe accueil CTA : 2 infirmières et 1 assistante administrative

La CTA est portée par le service territorial PA-PH et le Réseau Gérard Cuny

Objectifs du projet pilote

□ L'expérimentation a pour objectifs:

- D'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées
- D'améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées dans une logique de parcours de santé.

□ Ces objectifs peuvent se décliner en **trois grandes thématiques** :

- 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
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

Le repérage de la fragilité du sujet âgé

Intérêt du repérage ?

- La fragilité n'est pas spontanément réversible : la prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation nécessite des interventions.

- Chez des sujets âgés en moyenne de 80 ans et vivant à domicile, une intervention gériatrique fondée sur la réalisation d'une EGS et la coopération entre gériatres et acteurs des soins de premier recours (médecins et infirmières)
 - augmente la réversibilité de la fragilité à 18 mois qui est obtenue chez 28 % des sujets en les comparant aux 13,5 % dans le groupe contrôle
 - le risque de décès et d'institutionnalisation sont réduits.

Références :

Note méthodologique et de synthèse documentaire et Fiche Parcours « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » - HAS, mai et juin 2013

Grille de repérage de la fragilité : SEGA-A

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques		
	0	1	2
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé
Perception de sa santé	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 / perte de poids	Dénutrition franche
Maladies associées	Pas de maladie connue et traitée	1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies
AIVQ (PAQUID)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète
Fonctions cognitives	Normales	Peu altérées	Très altérées

TOTAL Volet A

< ou = 8 : Peu fragile

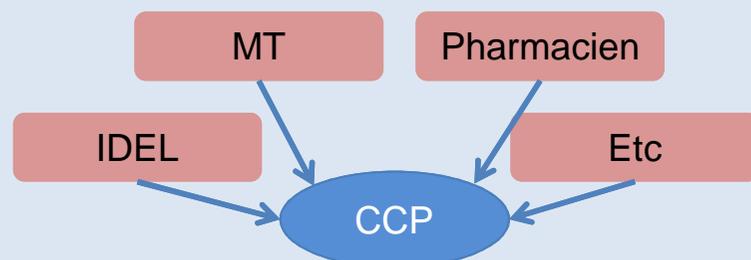
9 à 11 : Fragile

> ou = 12 : Très fragile

Caractéristiques du dispositif

LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITÉ

Objectif : Améliorer la prise en charge et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées à la fois en ville, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux



LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI

Objectif : Soutenir les professionnels de proximité, les personnes âgées et leur famille

Ce n'est pas un dispositif supplémentaire

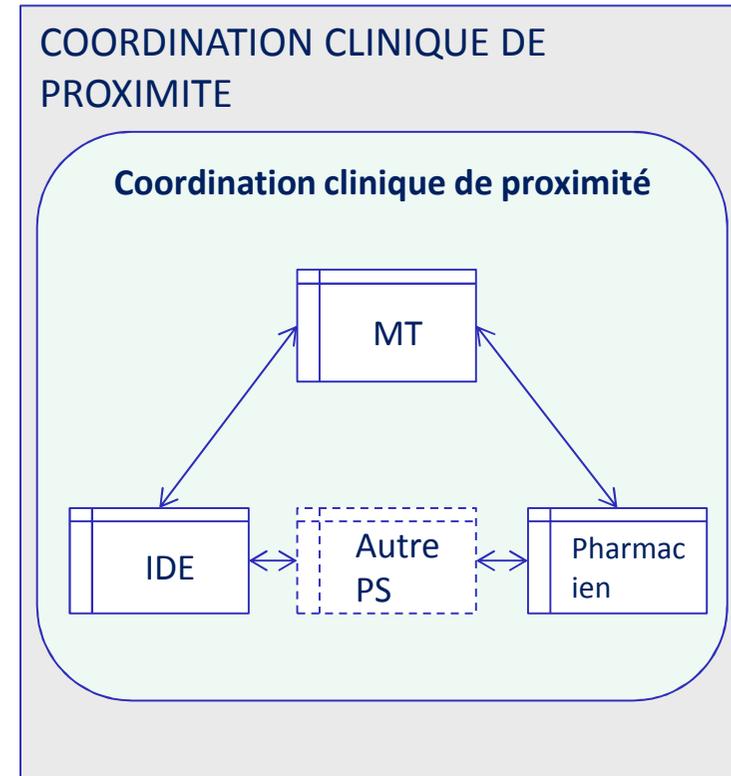
Elle est portée par des structures de coordination existantes (**CLIC et RGC**) et s'appuie sur l'ensemble des ressources du territoire.

Mobilisation des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, et des acteurs du soins, des professionnels du secteur social et médico-social

Coordination clinique de proximité

- **Formalisation d'un travail à plusieurs, autour du médecin généraliste :**

- La CCP est une équipe pluri-professionnelle de proximité : MG, infirmier libéral ou coordonnateur de SSIAD, pharmacien et autres paramédicaux.
- La composition de la CCP varie en fonction des professionnels intervenant autour de la personne.
- La CCP élabore un plan personnalisé de santé (PPS) : cela nécessite un repérage, une évaluation, une formalisation du PPS, un suivi des mesures préconisées, et une réactualisation si nécessaire.



Le plan personnalisé de santé

□ Elaboré par la coordination clinique de proximité, le PPS présente :

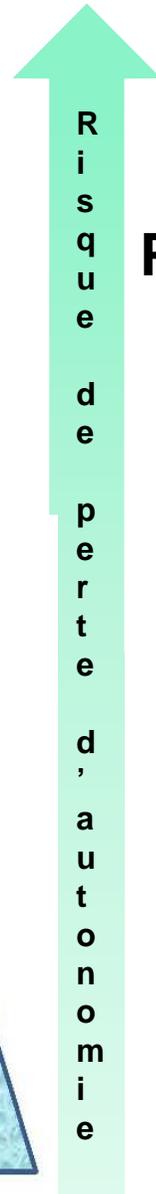
- La situation sociale du patient, son état de santé et les problèmes en cours
- Le plan d'action au niveau des aides sociales à domicile et des actions sanitaires à prévoir
- Le calendrier de passage des acteurs, les indicateurs de suivi et les éventuels programmes d'éducation thérapeutique à prévoir ou en cours

□ Un forfait annuel de 100€ est versé à chaque ouverture de PPS (ce forfait est réparti entre les professionnels de la CCP).



Projet pilote PAERPA Lorrain

En pratique

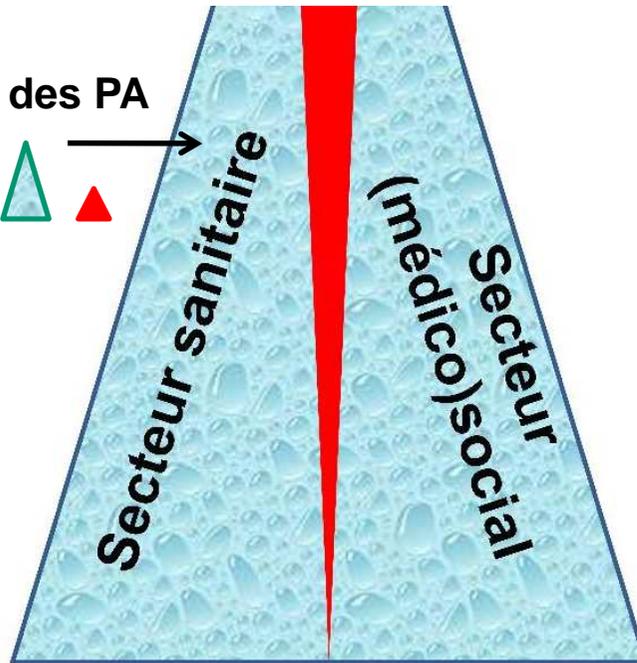
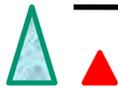


Niveau 1 : 80% =
Personne Agée Autonome
 Une ou plusieurs maladies
 chroniques simples et/ou
 incapacité et/ou fragilité.
 Prise en charge en ville
Prévention, auto-soin,
ETP

(ex. Repérage par Vitesse de marche)

Niveau 1 : 80% des PA

Nature des besoins :



**Secteur ambulatoire
 sanitaire** : Cs, HdJ ...

**Structures d'hébergement et
 de soins** :
 Hôpital, EHPAD, FPA ...

**Secteur ambulatoire
 médico-social et social**
 : SAD, SSIAD, CCAS, ...

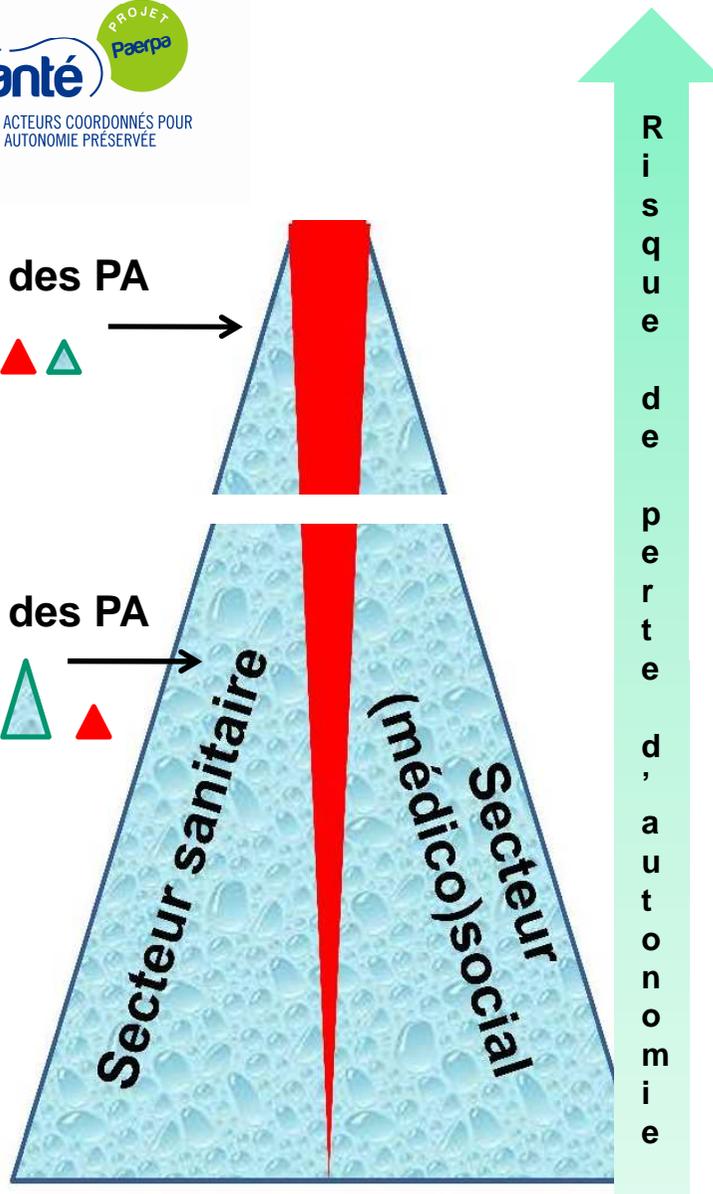
Niveau 2 : 15% des PA

Nature des besoins : ▲ ▲



Niveau 1 : 80% des PA

Nature des besoins : ▲ ▲



Niveau 2 : 15% = PAERPA

Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie

Poly pathologies, dont 1 complexe à risque de décompensation ou incapacité lourde. Besoins d'accompagnement médico-social et risque d'hospitalisation et recours aux urgences

Anticipation des ruptures, accompagnement

(ex. Repérage par SEGA-a puis EGS à domicile)

Secteur ambulatoire sanitaire : Cs, HdJ ...

Structures d'hébergement et de soins :
Hôpital, EHPAD, FPA ...

Secteur ambulatoire médico-social et social : SAD, SSIAD, CCAS, ...

Niveau 3 : 5% des PA

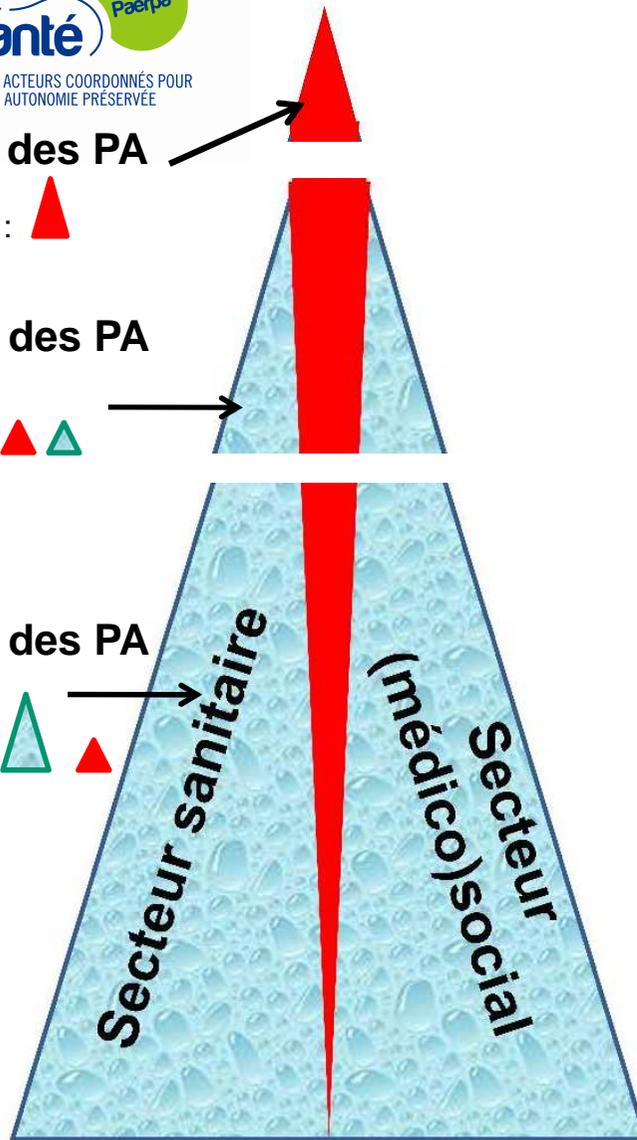
Nature des besoins : ▲

Niveau 2 : 15% des PA

Nature des besoins : ▲ ▲

Niveau 1 : 80% des PA

Nature des besoins : ▲ ▲



**Niveau 3 : 5% =
Personne Agée
complexe**

Poly pathologies complexes et/ou avancées avec incapacité lourde. Recours élevé des services hospitaliers (3 ou + hospitalisations, recours souvent aux urgences, etc.)

Gestion de cas à domicile

(Repérage par ?)

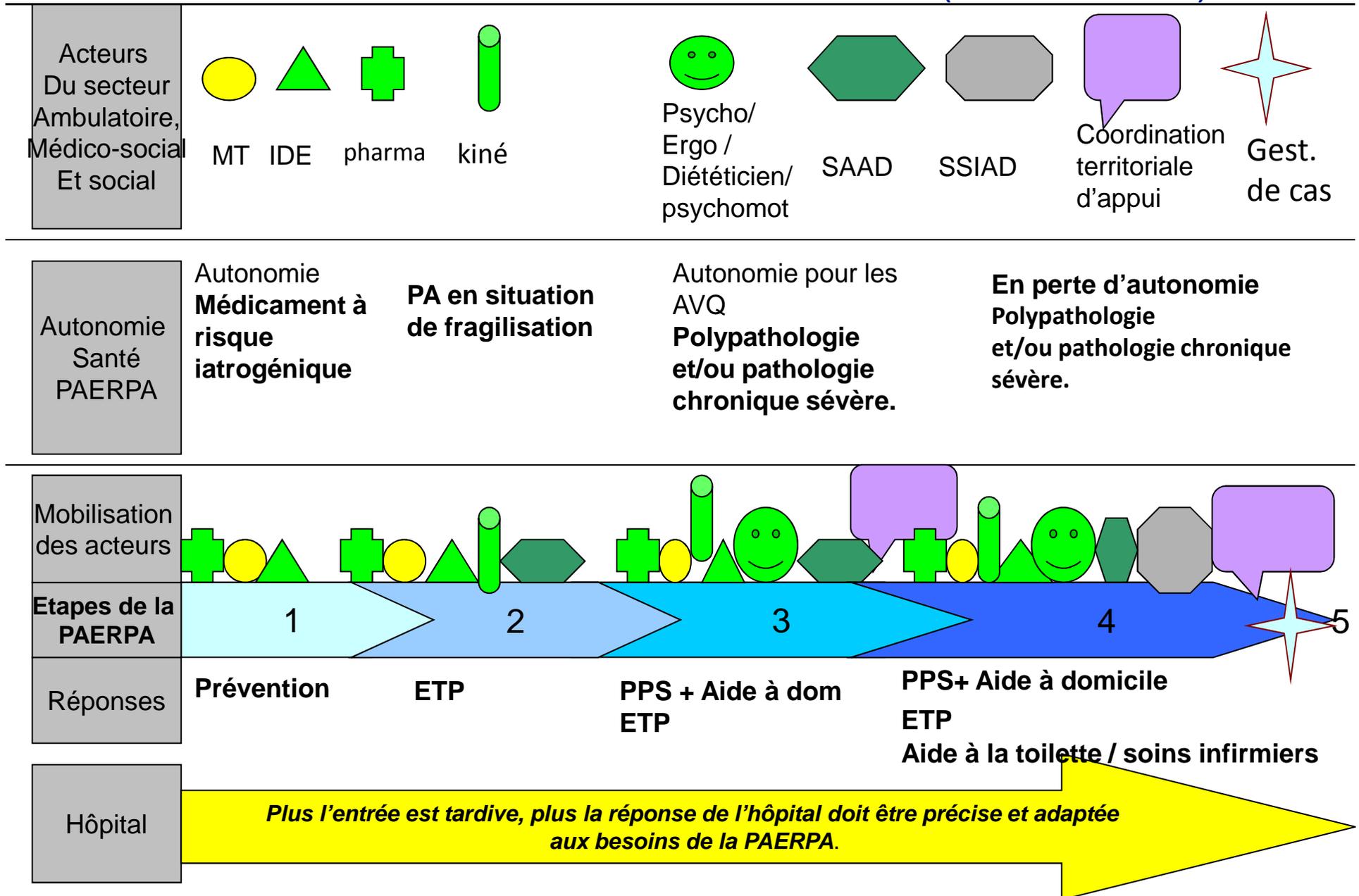
Secteur ambulatoire sanitaire : Cs, HdJ ...

Structures d'hébergement et de soins :
Hôpital, EHPAD, FPA ...

Secteur ambulatoire médico-social et social : SAD, SSIAD, CCAS, ...

une médecine de parcours ... PAERPA

(Merci au Pr LEGRAIN)



Etape 2 : Evaluation à domicile : EGS-Lorraine

- Relevé des critères de fragilité (grille SEGA-a)
- **Autonomie** : Test psychométrique des 4-IADL, grille AGGIR
- Aspect **social** : Mode de vie (jour et nuit), **ergonomie** du domicile
- Fiche **médicale** : antécédents, suivis spécialisés, allergies, intolérances ...
- **Traitements** : prescrits/pris, facteurs d'observance
- **Équilibre** : « up and go » et test unipodal
- Évaluation **douleur** : échelle numérique simple, retentissement fonctionnel de la douleur
- Échelle de **dépression** mini-GDS
- Évaluation **nutritionnelle** : MNA, repérage de consommation d'alcool
- État **cognitif** : MMSE, horloge, 5 mots de Dubois
- Fardeau de **l'aidant** : mini-zarit
- Note d'information patient, à signer

= **Diagnostic médico-psycho-social** =

Plan Personnalisé de Santé

- Groupe de travail février 2014 à la HAS (Paris)
- Mars 2014 : Synthèse et recommandations : www.has-sante.fr

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MODE D'EMPLOI
DU PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ
(PPS) POUR LES PERSONNES À
RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE
(PAERPA)



Mars 2014

- Le PPS fait suite à une évaluation (il n'y a pas de PPS sans évaluation)

Cette évaluation est plus ou moins approfondie en fonction de la situation de la personne : elle comprend une clarification des diagnostics et des traitements par le médecin traitant, une exploration des différentes dimensions, où des problèmes peuvent exister et une évaluation de la situation sociale.

Un modèle pour l'évaluation de premier recours est disponible : « Fiche points clés et solutions – Prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ».

Cette évaluation peut être réalisée en plusieurs étapes au fil des consultations et contacts avec le patient par le médecin traitant et l'équipe de proximité, au besoin avec l'aide par un réseau ou d'une équipe mobile gériatrique externe (« coordination d'appui »). Elle doit être suivie d'une évaluation gériatrique spécialisée en cas de difficultés ou de problèmes multiples.

L'évaluation implique, dans la plupart des cas, la réalisation d'une visite à domicile.

Ni l'initiation, ni la réalisation, ni la validation du PPS ne peuvent avoir lieu sans la participation du médecin traitant. Il peut en être directement à l'origine, mais le PPS peut être aussi initié lorsque la personne âgée est en situation de difficultés repérées par un acteur quel qu'il soit, avec son accord.

Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez une personne âgée à risque de perte d'autonomie

(Pour un professionnel de santé : MT, pharmacien, IDE, MK ...)

1^{re} étape : identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS.

Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions : Initier un PPS pourrait avoir un intérêt			
La personne :	O	N	?
➤ 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.

2^{de} étape : décider d'initier un PPS.

Si vous avez répondu OUI à ces deux questions : un PPS peut être initié		
La personne :	O	N
➤ vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ?		
➤ accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?		

Les dix points clés de la réalisation d'un PPS

- Désigner un référent du PPS¹.
- Identifier les situations à problème sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne.
- Prioriser les situations, où une intervention est à la fois nécessaire et possible.
- Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte.
- Négocier des objectifs communs avec le patient.
- Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs.
- Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions.
- Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats.
- Fixer des dates de révision des interventions².
- Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPS³.

Le référent du PPS

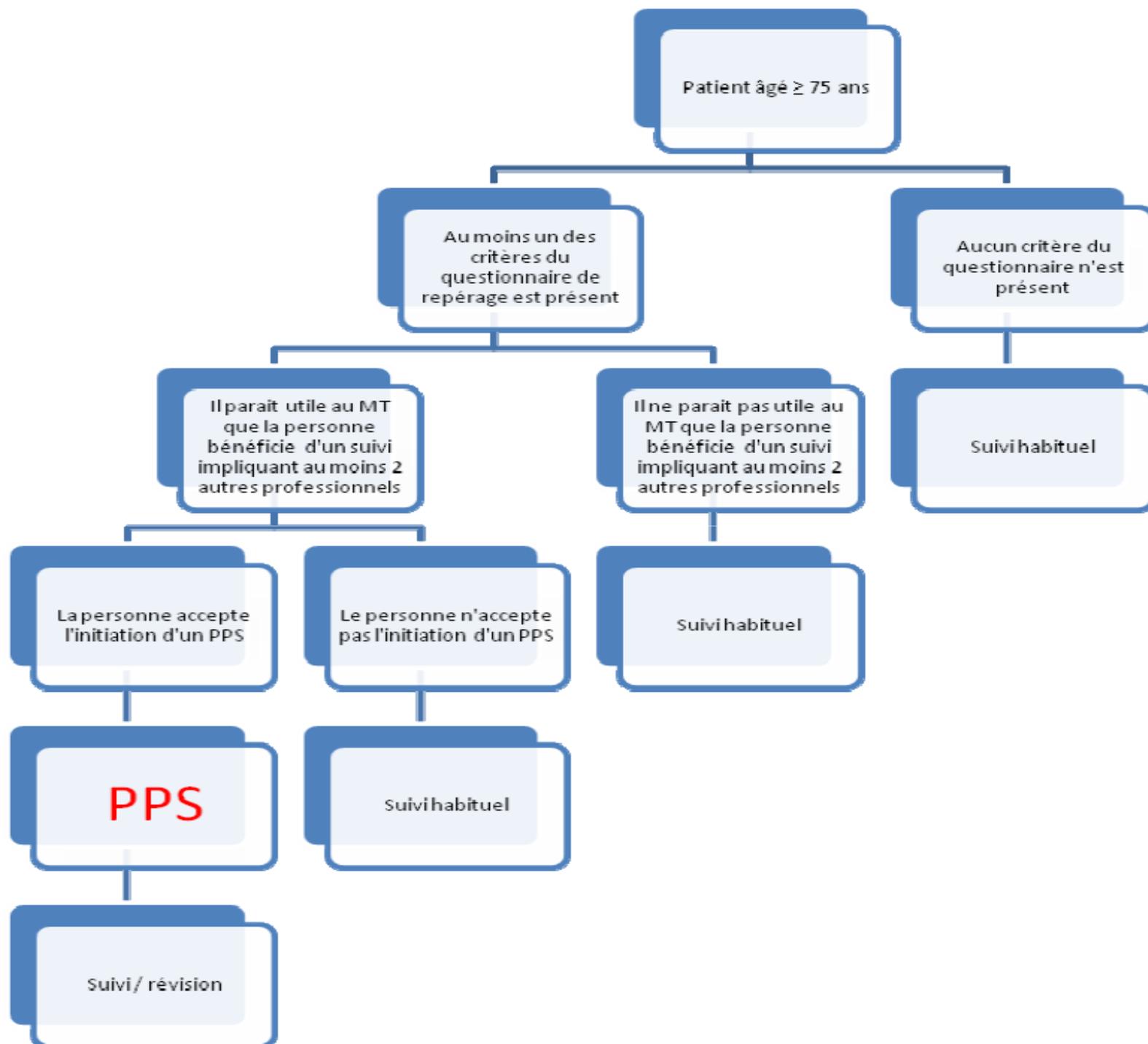
Le référent est l'acteur chargé du suivi du PPS. Le référent est légitimement le médecin traitant, mais s'il ne le souhaite pas, il peut déléguer cette fonction à un des acteurs du trinôme de proximité ou un membre de la coordination d'appui, avec l'accord de la personne.

Fonctions du référent

- Recueil des priorités de la personne.
- Réunion des éléments issus des évaluations sociales et sanitaires, afin de définir des problèmes et compléter la *check-list*.
- Animation d'une réunion téléphonique ou présentielle, réunissant les acteurs sociaux et sanitaires jugés utiles au suivi : cette réunion débouche sur le remplissage du PPS.
- Négociation avec la personne et son entourage des objectifs partagés.
- Fixation des dates des points d'étape qu'il ajustera en fonction de l'évolution de la situation.
- Suivi de l'effectivité du PPS.
- Réception des alertes en cas de difficultés ou de problème, et animation d'une nouvelle concertation pour ajuster le PPS suite à une alerte ou lors d'un point d'étape prédéfini.

Le PPS doit être remis à la personne (et à la personne de confiance, en cas d'incapacité), afin qu'elle puisse l'apporter lors des consultations et des hospitalisations programmées ou non. Il doit aussi être directement consultable par les soignants tout au long du parcours soit en étant transmis par messagerie sécurisée, soit en étant déposé dans le dossier médical personnel (DMP) du patient.

Pour que ce PPS puisse être échangé et partagé entre les professionnels de santé *via* le DMP, l'ASIP Santé doit définir les spécifications techniques de ce document, conformément au cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé (CI-SIS), de telle sorte qu'il soit reconnu en tant que PPS et vienne se placer dans le dossier du bon patient. Une structuration plus fine de ce PPS, dans le cadre du CI-SIS, pourra être discutée dans un 2^e temps.





Un PPS : comment ?

Séquences du PPS :

-Planifier

-Faire

-Evaluer

-Planifier

-...

La personne et ses contacts utiles				Nom :			
				Prénom :			
				Date de naissance :		Sexe :	
				N° Sécurité sociale :		Poids :	
Numéro du PPS		Date de la version en cours		ALD :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui motif ALD : _____	
Coordonnateur du PPS		Profession :		Nom :			
Informations sur la personne				Numéro de sécurité sociale			
Adresse de la personne				Mesure de protection		<input type="checkbox"/> Oui Laquelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Aidant		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre :		Tél.		email	
Nom(s) :						Recherche d'hébergement en cours	
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Référénts familiaux/amicaux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre :		Tél.		email	
Nom(s) :						Financement : APA / CARSAT / Autre	
						<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non	
Personne de confiance				Tél.		email	
						Directives anticipées	
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Caisse de retraite		Nom :				Mutuelle	
		<input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :	
Contacts utiles							
	Nom	Téléphone	email		Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X		
Médecin traitant							
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD							
Pharmacien d'officine							
Kinésithérapeute							
Autre professionnel :							
Infirmière ETP							
Géiatre							
SSIAD/SAD/SPASAD							
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)							
Tuteur / curateur							
Travailleur social et son service							
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							

Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui/non/?)

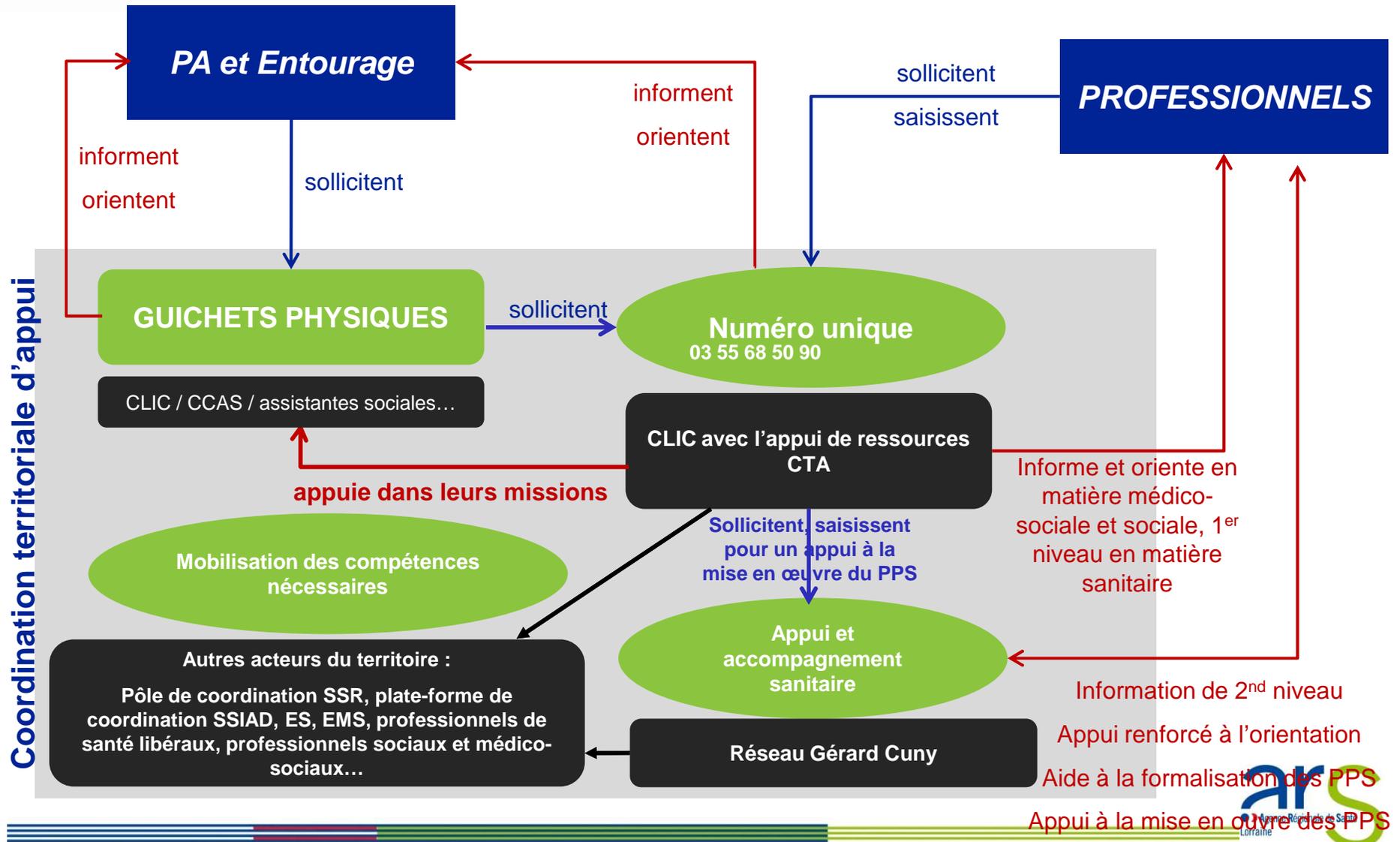
Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
Problèmes liés aux médicaments				Précarité			
- accident iatrogène				- financière			
- automédication à risque				- habitat			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiantes)				- énergétique			
- problème d'observance				Aidant en difficulté (épuisé, fragile ...)			
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiantes)				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne			
				- soins personnels/toilette			
Organisation du suivi				- habillage			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- aller aux toilettes			
- multiples intervenants				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité				Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée			
- risque de chute							
- chute(s)				Difficultés à prendre soin de soi			
- phobie post-chute				- difficultés à utiliser le téléphone			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget			
Isolement				- refus de soins et d'aides			
- faiblesse du réseau familial ou social							
- isolement géographique				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- isolement ressenti							
- isolement culturel				Troubles de l'humeur			

La personne		Date d'initiation du PPS/...../.....		Nom :							
				Prénom :							
				Date de naissance :		/ /		Sexe :			
				N° Sécurité Sociale :				Poids :			
Numéro du PPS				Préférences de la personne							
Réfèrent du PPS				Priorité actuelle de la personne							

Plan de soins					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (<i>check-list</i>)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

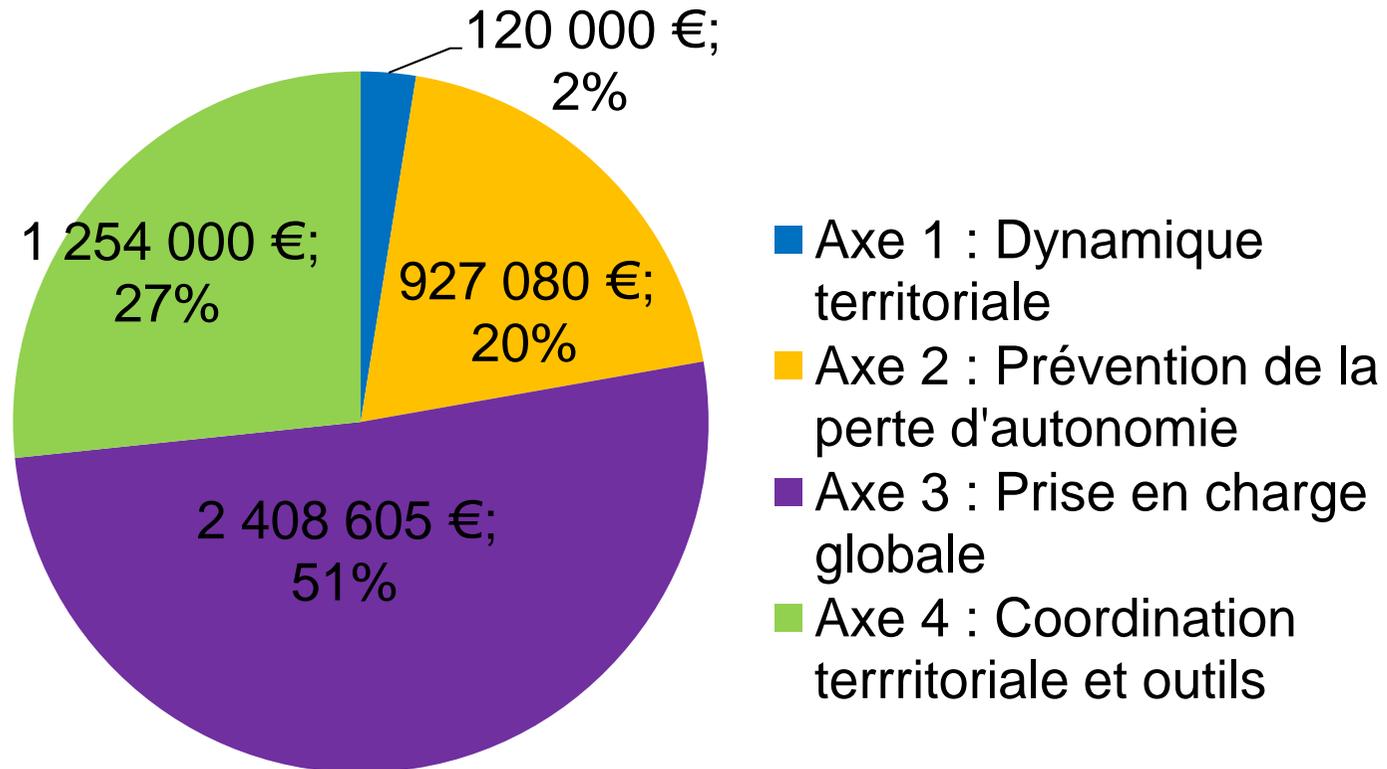
Plan d'aides					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (<i>check-list</i>)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

Schéma général de la CTA



Le projet pilote Lorrain

Éléments financiers (4,7 M€)



Le projet pilote Lorrain (6/6)

- ❑ Une coordination territoriale d'appui (**03 55 68 50 90**)
- ❑ Des coordinations cliniques de proximité et des PPS pour les PA fragiles
- ❑ Un ensemble d'actions concourant au maintien à domicile
 - Ergothérapie, activité physique adaptée, prévention de la iatrogénie médicamenteuse, soutien aux aidants, éducation thérapeutique, soutien psychologique, etc.
 - Création d'un système d'information collaboratif
 - Harmonisations de documents de partage d'informations : CRH, DLU, VSM



Merci pour votre attention



**réseau gérard cuny
13 - 15 Bd Joffre 54000 NANCY
03 83 45 84 90**

docteur@reseaugetcuny.fr

Site internet : www.geronto-sud-lorraine.com