

# Parcours Santé des aînés

Paerpa

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

Le parcours de santé des personnes  
âgées en risque de perte d'autonomie  
- PAERPA

(Art 48 de la LFSS 2013)

Estel QUERAL – Chef de projet Paerpa - DSS

# Les enjeux de la prise en charge de la personne âgée en risque de perte d'autonomie

# Nos aînés, un véritable enjeu de société

## Démographiques

**1 personne sur 10 en France à 75 ans et plus.**

En 2050, prévision d'un presque doublement de la population des 75 ans et plus

## Sanitaires

L'importance croissante de la maladie chronique, de la polypathologie et de leurs conséquences sur les actes de la vie quotidienne, fréquence du recours aux soins hospitaliers

**85 % des 75 ans et plus ont au moins une pathologie**

## Financiers

**Entre ¼ et la ½ des dépenses de santé concernent les personnes âgées**

Enjeu encore plus important pour la population en risque de perte d'autonomie, avec plusieurs financeurs concernés ( finances locales, familles à travers les restes à charge)

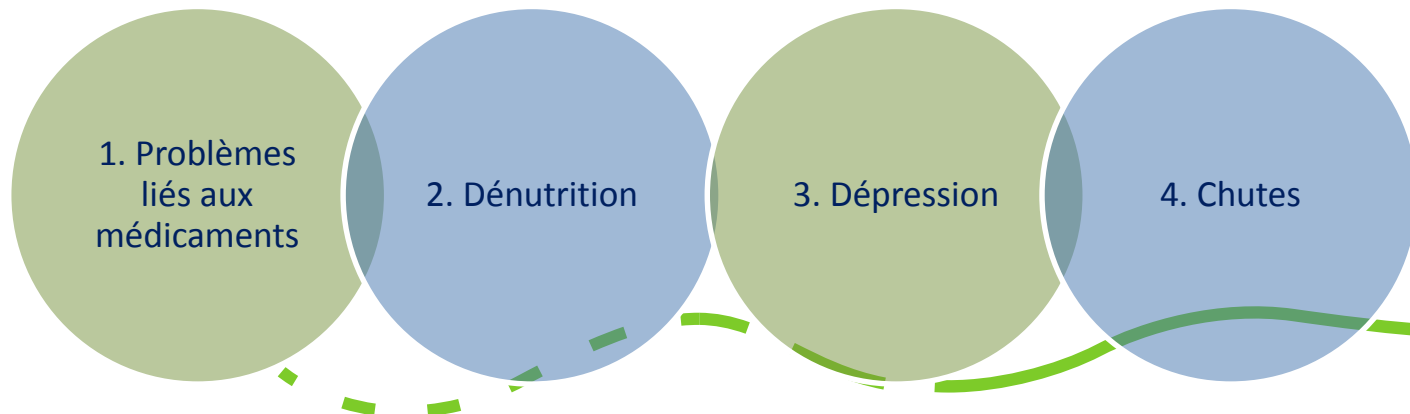
## Sociétaux, éthiques

**Qualité de vie, libre choix, juste soin**

## Constats et recommandations du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2010-2011)

- Complexité du parcours de santé : approche multidimensionnelle (physique, psychique, psychologique, sociale et environnementale),
- Diversité et cloisonnement des acteurs à mobiliser (institutionnels, établissements, service, professionnels – privés, publics, salariés, libéraux, ...),
- Insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, causes de rupture dans le parcours,
- Déficit de partage d'informations et un manque de système d'informations organisé
- Utilisation non efficiente des fonds publics (repérage tardif, recours à l'hospitalisation, rupture de prise en charge, ...).

### Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de ces populations identifiés



## Le parcours de santé des aînés dit Paerpa:

- Nécessité de tendre vers une **approche transversale de la personne et de l'organisation du système de santé** → Dispositif au plus près de la personne âgée visant à mieux coordonner les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social tout au long de son parcours au sein du système de santé
  - **Démarche engagée en 2013** dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS) et **confortée en 2015 par sa généralisation** à un territoire PAERPA dans chaque région dans le cadre du Pacte Territoire Santé II - mesure 10
  - Permet d'anticiper et d'impulser, en partie, **les lois « santé » et « adaptation de la société au vieillissement »**,
  - S'inscrit dans le cadre du **virage ambulatoire** en positionnant les professionnels du 1er recours et notamment le médecin traitant (MT) au cœur du dispositif
- « Permettre aux PA de bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels, avec les bonnes informations, dans les bonnes structures, au meilleur coût »

- **Population cible** : personnes de 75 ans et plus autonomes ou non dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et / ou social
- **Une gouvernance nationale et territoriale en lien avec les acteurs**
  - Basée sur la co-construction et la co-responsabilité des décideurs et des financeurs
  - S'appuyant sur les actions et les acteurs du territoire
  - Identifiant les ruptures de prise en charge et les leviers à mettre en œuvre
  - Participant à la rénovation du système de santé et à l'évolution des pratiques professionnelles

## Un dispositif cible reposant sur la continuité du parcours :

**La coordination clinique de proximité (CCP)** → une équipe de soins de proximité constituée à l'initiative du MT pour réaliser un plan d'actions pluri professionnel voir plurisectoriel

**La coordination territoriale d'appui (CTA)** → Un N° unique à destination des professionnels, des PA et de leurs aidants pour répondre à toute question d'accessibilité (offre, prestations sanitaires et sociales) et appuyer les PSL dans la mise en œuvre de la démarche parcours (PPS,...)

**L'optimisation des transitions ville-hôpital EHPAD** avec des dispositifs dédiés pour améliorer l'entrée et la sortie d'hospitalisation et le maintien/retour à domicile

**Des outils « parcours », un dispositif d'accompagnement pour les professionnels et une évaluation à 3 niveaux**

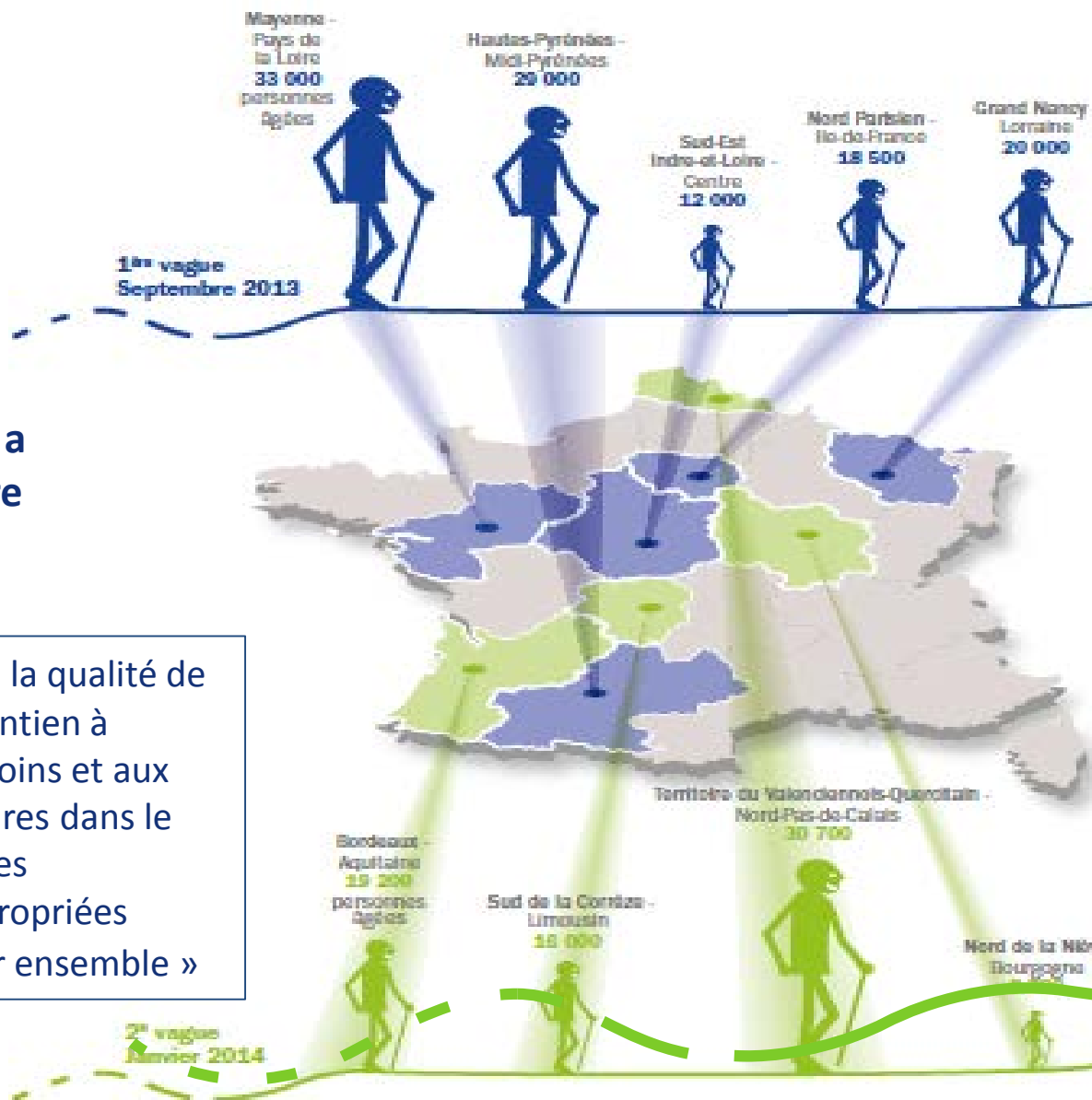
## 9 territoires pilotes

190 000 personnes  
âgées de 75 ans et  
plus et 7 500  
professionnels de  
santé libéraux

En 2016, extension à  
minima un territoire  
par région non  
couverte

**Objectifs** : Améliorer la qualité de  
vie de la PA par le maintien à  
domicile, l'accès aux soins et aux  
droits. Eviter les ruptures dans le  
parcours de santé et les  
hospitalisations inappropriées

**Enjeu** : le « Travailler ensemble »





- 2013/2014 : Phase de construction des partenariats et de conception des outils/documents supports/référentiels
- 2015/2016 : Année de l'opérationnalité
  - Premières organisations du 1<sup>er</sup> recours en CCP et des 1<sup>ères</sup> prises en charge coordonnées via les PPS (2 300 PPS)
  - Des CTA opérationnelles auprès des professionnels et des personnes âgées et leurs aidants dans tous les territoires (12 000 contacts par les PSL)
  - Formation des professionnels à la logique de parcours et aux SI engagées
  - Déploiement de SI collaboratifs, de MSS conformes à l'espace Asip Santé en cours de déploiement
  - Des offres de services au bénéfice des personnes âgées en sortie d'hospitalisation (HT Paerpa, SPASAD...) en cours de déploiement

## Les actions de transition ville - hôpital

**Objectifs** : éviter les hospitalisations (hors programmées) – faciliter le retour à domicile après hospitalisation

### EXEMPLES D' ACTIONS MISES EN PLACE

*Une montée en charge des actions différentes selon les territoires*

- **Equipe d'urgence de nuit** (Bordeaux) : une équipe (IDE, AS, auxiliaires de vie sociale) évalue à la demande du SAU la situation des PA et accompagne le retour sécurisé à domicile. 127 PA ont fait l'objet d'une prise en charge.
- **Des dispositifs d'hébergement temporaire et d'aide à domicile en sortie d'hospitalisation** (Nancy) : 153 personnes ayant bénéficiées d'HT et 102 personnes prise en charge par des SAAD
- **Un dispositif de visite à domicile par des IDEL** dans les 24h à 48h qui suivent la sortie d'hospitalisation (Bourgogne-nivernaise).

Depuis 2015, un déploiement effectif sur l'ensemble des territoires  
avec une montée en charge différenciée ...

des outils parcours répondant aux besoins des usagers et des  
professionnels ....

avec de véritables avancées en termes de gouvernance territoriale et  
d'acculturation à la logique « parcours » et du « travailler ensemble »

et des enjeux forts en terme de changements de pratiques  
professionnelles à inscrire dans la durée

# Parcours Santé des aînés

Paerpa

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

## MERCI DE VOTRE ATTENTION

Pour plus d'informations : [paerpa@sante.gouv.fr](mailto:paerpa@sante.gouv.fr)

