

# Parcours Santé des aînés

Paerpa

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

## La Coordination Clinique de Proximité - PAERPA

(Art 48 de la LFSS 2013)

Estel QUERAL – Chef de projet Paerpa - DSS

Sécuriser le maintien à domicile par un meilleur repérage de la perte d'autonomie de la personne âgée

Eviter les passages aux urgences et les hospitalisations inappropriées

Anticiper et optimiser les entrées/sorties d'hospitalisations ainsi que la prise en charge intra-hospitalière (repérage, conciliation médicamenteuse,...)

➔ Meilleure coordination et meilleure circulation d'informations entre les professionnels des 3 secteurs

# Les enjeux de la CCP

**Passer d'une logique de prise en charge  
centrée sur les pathologies et  
les structures à une logique de parcours  
coordonné centré sur les besoins  
de la personne.**

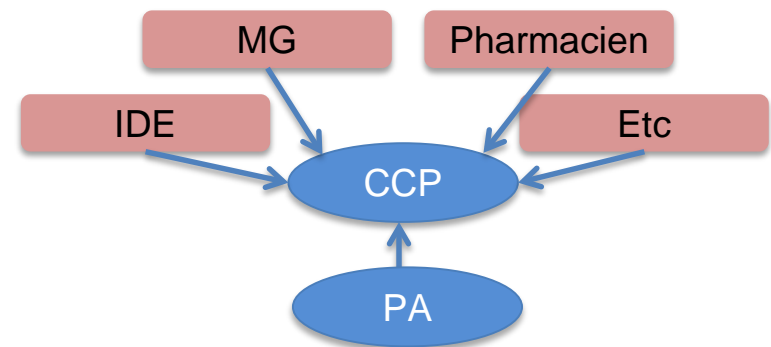
## Action clé 1 - Renforcer et sécuriser le maintien à domicile

➔ Alerte/Repérage au plus près de la personne et au plus tôt dans le parcours;

➔ Prise en charge coordonnée de la PA par une équipe de soins du 1<sup>er</sup> recours (CCP) autour d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) intégrant, si besoin, les professionnels sociaux

### • Les principes

- Partir des besoins de la personne
- Recentrer chaque acteur sur son cœur de métier
- Améliorer les pratiques professionnelles
- Intérêt à agir de chacun.



### Situation actuelle

PA polypathologique

MT

Consultations non planifiées



IDE

Phar

MT



Pas de coordination du suivi, pas de prévention

Chute, dénutrition, iatrogénie

Hospitalisation en urgence

Perte d'autonomie



Détérioration de l'état de santé



Réhospitalisation

### Avec les projets pilotes

PA polypathologique

Coordination clinique de proximité

MT

IDE

Para méd

Phar

Plan personnalisé de santé (volet soins)

IDE

Para méd

Phar

MT

Suivi coordonné et anticipé

Préservation de l'autonomie, moins de complications et d'hospitalisation

## L'outil de la CCP - Le plan Personnalisé de santé

**Le PPS est un plan d'actions mis en œuvre dès lors qu'un travail formalisé entre acteurs de proximité (« CCP ») est utile.**

**Le PPS est sous la responsabilité du médecin traitant, référent légitime du PPS mais cette fonction peut être déléguée à un membre de la CCP par le MT**

**Le PPS fait suite à une évaluation,**

**Le PPS débouche sur un suivi et une réévaluation**

**Le PPS est une approche personnalisée, globale et anticipative**

## Plan

= Action

≠ Evaluation

## Personnalisé :

prenant en considération les préférences et les priorités de la personne, au plus près de ses besoins (PPS de proximité)

## de Santé

Initié chez la personne en situation de problèmes, de difficultés, en accordant une égale importance aux dimensions médicale, psychologique et sociale.

→ Plan de soin (dont ETP) et/ou d'aide



# La personne et ses contacts utiles

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Sexe :	

Numéro du PPS		Date de la version en cours	.../.../...
---------------	--	-----------------------------	-------------

Coordonnateur du PPS (fonction)	Numéro RPPS :	Profession :	Nom :
---------------------------------	---------------	--------------	-------

## Informations sur la personne

Adresse de la personne	Commune et code postal notamment		Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - combien nom :	Tel :	email :	ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nombre ALD :
Références familiales (amiaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - combien : Nom :	Tel :	email :	APA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de scolarité scolaire				Classe GIR mois année évaluation : .../.../... (1 à 6)
Personne de confiance				Hébergement Domicile <input type="checkbox"/> Ehpad <input type="checkbox"/> Maison de retraite <input type="checkbox"/> Recherche en cours <input type="checkbox"/>
Catégorie de retraite	Oui/Non - pension / pension de réversion / ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			
Mutuelle	Oui/ non et si oui le nom de la mutuelle			

## Contacts utiles

	Nom	Téléphone	email	Participants à l'élaboration du PPS : X
Médecin traitant				
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD				
Pharmacien d'officine				
Kinésithérapeute				
Ergothérapeute				
Autre médecin				
IDE ETP				
Géronte				
SSIAD/SAD/SPASAD				
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)				
Service social (CUI, CCAS...)				
Travailleur social (APA...)				

<b>La personne</b>		Date d'initiation du PPS <i>.....</i>	Nom :	
			Prénom :	
			Date de naissance :	
Numéro du PPS		Préférences de la personne		
Référent du PPS		Priorité actuelle de la personne		

<b>Plan de soins</b>					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte de résultats	Eilan d'étape Date : / / Atteinte de résultats et commentaire

<b>Plan d'aides</b>					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenant	Critères d'atteinte de résultats	Eilan d'étape Date : / / Atteinte de résultats et commentaire

**Forfait pluriprofessionnel annuel de 100 €**, répartis entre les professionnels de santé de la CCP, versé à chaque ouverture de PPS.

Le PPS est réévalué à minima une fois par an et est **payé par l'assurance maladie**.

La facturation ne peut être faite qu'auprès des MG, IDE, pharmacien et MK ==> pivot de la prise en charge de la personne âgée (**MT ET** un ou deux professionnels de santé – **60/40** ou **40/30/30**)

**Si la CCP exerce au sein d'une structure**, le forfait de 100 € est versé à celle-ci, à charge pour elle de le répartir entre les professionnels.

## 1ers enseignements

- HAS – Nov 2015 – Mise en œuvre du PPS à 6 mois
  - Démarche de transformation des pratiques professionnelles (meilleure connaissance /complémentarité des compétences professionnelles /aux 3 secteurs)
  - Réflexion pluriprofessionnelle sécurisant les pratiques dans un cadre de coopération non hiérarchique
  - Valorisation de la fonction de coordination du MT avec appui sur un autre PSL si besoin
- La démarche de coordination est engagée même si pas de PPS (plus-value mais réticence aux aspects administratifs du PPS)

## 1ers enseignements

- Facteurs clés de réussite
  - Prise en compte de l'organisation des soins primaires (Professionnels isolés/MSP)
  - Mobilisation et appui aux PSL séquencé en fonction de la mise en œuvre des outils et dans la durée
  - Formation commune et adaptée aux réalités du territoire en proximité,
  - Souplesse dans la composition de la CCP,
  - PPS informatisé facilitant la complétude et la mise en œuvre

# 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)

