



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Parcours Santé**  
**des aînés** DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

Paerpa

# Expérimentations **Paerpa** 2013-2019

## Bilan et perspectives du **parcours des aînés**

Dossier de presse  
10 juillet 2020

**ars**  
Agence Régionale de Santé



## EDITO



Franck VON LENNEP  
Directeur de la sécurité sociale



Dominique LIBAULT  
Président du Comité national PAERPA

Parce que le vieillissement nous concerne tous et parce que les personnes âgées de 75 ans et plus représentent déjà actuellement en France une personne sur dix, nous nous devons de penser un système qui permet de faciliter le parcours de santé des personnes âgées, en préservant leur autonomie et leur maintien à domicile, et qui soutient leurs aidants dont le rôle est majeur auprès d'eux.

Cela suppose de changer nos organisations et en particulier notre façon d'appréhender la coordination entre secteurs sanitaire, social et médico-social.

C'est dans cet esprit que les pouvoirs publics ont lancé, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé en 2013, l'expérimentation du programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). Ce programme vise en particulier à maintenir, autant que possible, les personnes âgées à leur domicile et à améliorer leurs prises en charge sociales et médicales, en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux.

Depuis la mise en place des premiers PAERPA en 2014, les choses ont changé. De manière significative et positive. 18 territoires sont entrés dans le dispositif, soit au moins un territoire par région métropolitaine, et au total ce sont près de 550 000 personnes âgées de plus de 75 ans qui ont pu en bénéficier. Les résultats obtenus ont été le fruit d'une implication forte des professionnels de santé et d'une gouvernance locale efficace impliquant les agences régionales de santé, les conseils départementaux, les représentants des professionnels de santé mais aussi les caisses d'assurance maladie et d'assurance retraite, les établissements sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux et évidemment les usagers.

L'heure est aujourd'hui au bilan et à la mise en perspective des enseignements tirés. Après 6 années d'expérimentation et de co-construction avec les acteurs, les outils du dispositif PAERPA font désormais partie du paysage sanitaire et social et constituent des premiers pas vers la transformation du système.

## CHIFFRES CLES

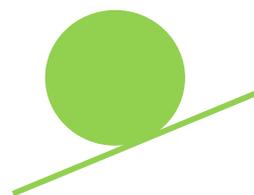
Vers un vieillissement annoncé de la population :

### DEMOGRAPHIE



En **2040, 10,6 millions** de personnes (14,6% des Français) auront 75 ans ou plus, soit une hausse de 5,5points en 25 ans

### UN POINT DE BASCULE



En **2030**, les 65 ans et plus seront plus nombreux que les moins de 15 ans

### AIDANTS



**3,9 millions** de personnes apportent une aide régulière à un proche de 60 ans ou plus vivant à domicile en raison de son âge ou d'un problème de

### PERTE D'AUTONOMIE



**2,2 millions** de personnes en perte d'autonomie en 2050

---

# L'EXPERIMENTATION PAERPA

---

# PAERPA : UNE EXPERIMENTATION PIONNIERE, INNOVANTE ET AMBITIEUSE

*« Faire en sorte que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, avec les bonnes informations, le tout au meilleur coût. »*

**Telle est l'ambition du dispositif PAERPA.**

La démarche PAERPA a pour objectif de **maintenir la personne âgée dans la plus grande autonomie le plus longtemps possible, dans son cadre de vie habituel.**

**En partant des besoins de la personne et de ses aidants**, dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un **repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables** (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments, dénutrition) et en **optimisant la coordination des professionnels** (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

Cette **approche par parcours de santé**, co-construite avec les acteurs de terrain, s'articule autour de **5 actions clés** :

## **1. Renforcer le maintien à domicile**

La démarche PAERPA porte une coordination renforcée des professionnels de santé de 1er recours, en lien avec les professionnels sociaux, au plus près de la personne âgée dès lors que sa situation médico-sociale le nécessite. Ainsi, le médecin traitant et les professionnels de santé forment autour de la personne âgée, une coordination clinique de proximité.

## **2. Améliorer la coordination des intervenants et des interventions**

Une coordination territoriale d'appui (CTA) est assurée via une plate-forme d'information et d'orientation, accessible par un numéro unique tant pour les personnes âgées et leurs aidants que pour les professionnels. Elle appuie notamment ces derniers pour organiser au mieux les offres de services proposées par les différents dispositifs/structures existants des territoires (information sur les places en EHPAD, sur les aides sociales, orientation vers une expertise gériatrique, ...) et facilite l'accès aux droits et aux aides des personnes âgées.

## **3. Sécuriser la sortie d'hôpital**

Pour les personnes âgées qui ont été hospitalisées, la sortie de l'hôpital fait l'objet de dispositifs spécifiques : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un SAAD ou d'un SPASAD, transmission des informations au médecin traitant, appui de la CTA si besoin.

## **4. Éviter les hospitalisations inutiles**

Le repérage, les actions d'éducation thérapeutique, la circulation d'informations entre professionnels, l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie sont des actions qui sont mises en place dans le cadre de PAERPA et qui permettent d'éviter les passages inutiles aux urgences et les hospitalisations mal préparées.

## **5. Mieux utiliser les médicaments**

La polymédication est fréquente chez les personnes âgées. Elle peut être justifiée, mais elle peut également être inappropriée, comporter des risques et entraîner des effets indésirables liés aux interactions médicamenteuses. Aussi, des actions de révision d'ordonnance sont mises en place notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

# L'EXPERIMENTATION PAERPA

## Les étapes clés de l'expérimentation



## 18 territoires concernés par le dispositif entre 2013 et 2020

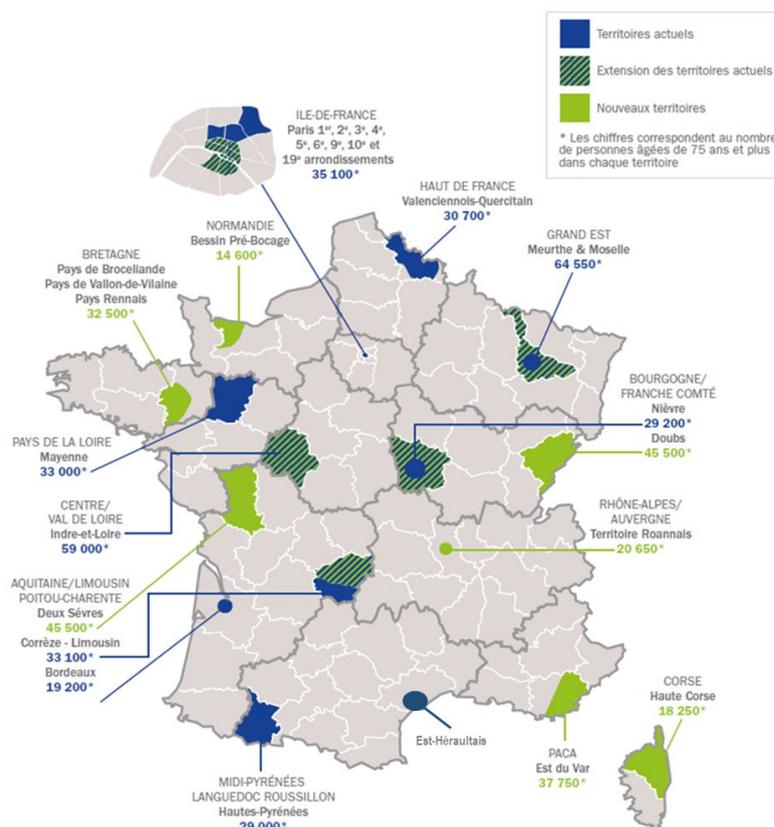
Dans le cadre de la réflexion engagée sur la stratégie nationale de santé, **neuf projets pilotes** avaient été retenus en 2013 par le ministère en charge de la santé, en lien avec les agences régionales de santé (ARS). **Neuf extensions** ont eu lieu en 2016.

L'expérimentation concernait en 2019 au moins un territoire par région métropolitaine, comportant de 180 000 à 400 000 habitants. Au total, ce sont près de 11% de la population âgée de plus de 75 ans (550 000 personnes âgées de plus de 75 ans) touchés par le dispositif.

### Territoires PAERPA en 2019

L'ensemble des régions métropolitaines participantes (et Martinique et Guadeloupe)

550 000 Personnes Agées de plus de 75 ans  
5 875 000 Habitants



## Quelques chiffres sur le dispositif :

### La coordination territoriale d'appui (CTA)

168 402 sollicitations de professionnels de santé reçues par les coordinations territoriales d'appui (dont 50 739 en 2019)

130 793 sollicitations de personnes âgées ou de leurs proches au sein des coordinations territoriale d'appui (dont 33 704 en 2019)

### Le repérage

65 860 personnes âgées de 75 ans et + ont bénéficié en 2019 d'un repérage du risque de perte de d'autonomie au sein d'établissement de santé, dans le cadre de PAFRPA

### Les plans personnalisés de santé (PPS)

18 448 PPS « PAERPA » entre 2015 et 2019 (dont 5 406 en 2019)

### Les équipes mobiles de gériatrie

68 931 Interventions d'EMG en intra hospitalier entre 2015 et 2019 (dont 19 238 en 2019)

15 779 Interventions d'EMG en extra hospitalier entre 2015 et 2019 (dont 6 499 en 2019)

### L'hébergement temporaire

1 460 Nombre de séjours d'hébergement temporaire en EHPAD en sortie de court séjour

605 Nombre de séjours d'hébergement temporaire en EHPAD pour hospitalisation de l'aidant

### Les Infirmières (IDE) d'astreinte ou de garde

7 906 interventions (dont 697 en 2019)

(Source : **ANAP** février 2020)

## Une forte mobilisation de tous les acteurs et un pilotage partenarial

### 👉 par les agences régionales de santé, au niveau territorial

Dans chaque territoire sont installées des instances de gouvernance intégrant notamment le Conseil départemental, les représentants des professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie et d'assurance retraite, les établissements sanitaires, les établissements et services médico-sociaux, les services à domicile, les usagers.

### 👉 par le comité national PAERPA, au niveau national

Le comité national rassemble l'ensemble des parties prenantes : fédérations hospitalières, médico-sociales et sociales, représentants des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, collège de médecine générale, représentants des usagers...

Le dispositif PAERPA est piloté par la direction de la sécurité sociale en lien avec les autres directions du ministère de la santé et différents organismes qui apportent un appui technique au projet, notamment :

- ✓ **l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)** est en appui méthodologique auprès des territoires et de la capitalisation ;
- ✓ **la Haute Autorité de Santé (HAS)** définit les outils à destination des professionnels pour la démarche PAERPA ;
- ✓ **la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)** rémunère les professionnels de santé réalisant des PPS.

## Une montée en charge possible grâce à l'adhésion des professionnels

Tant sur les premiers territoires (2014) que sur les seconds (2016), l'ensemble des principaux outils ont été mis en œuvre dans le cadre des feuilles de routes territoriales.

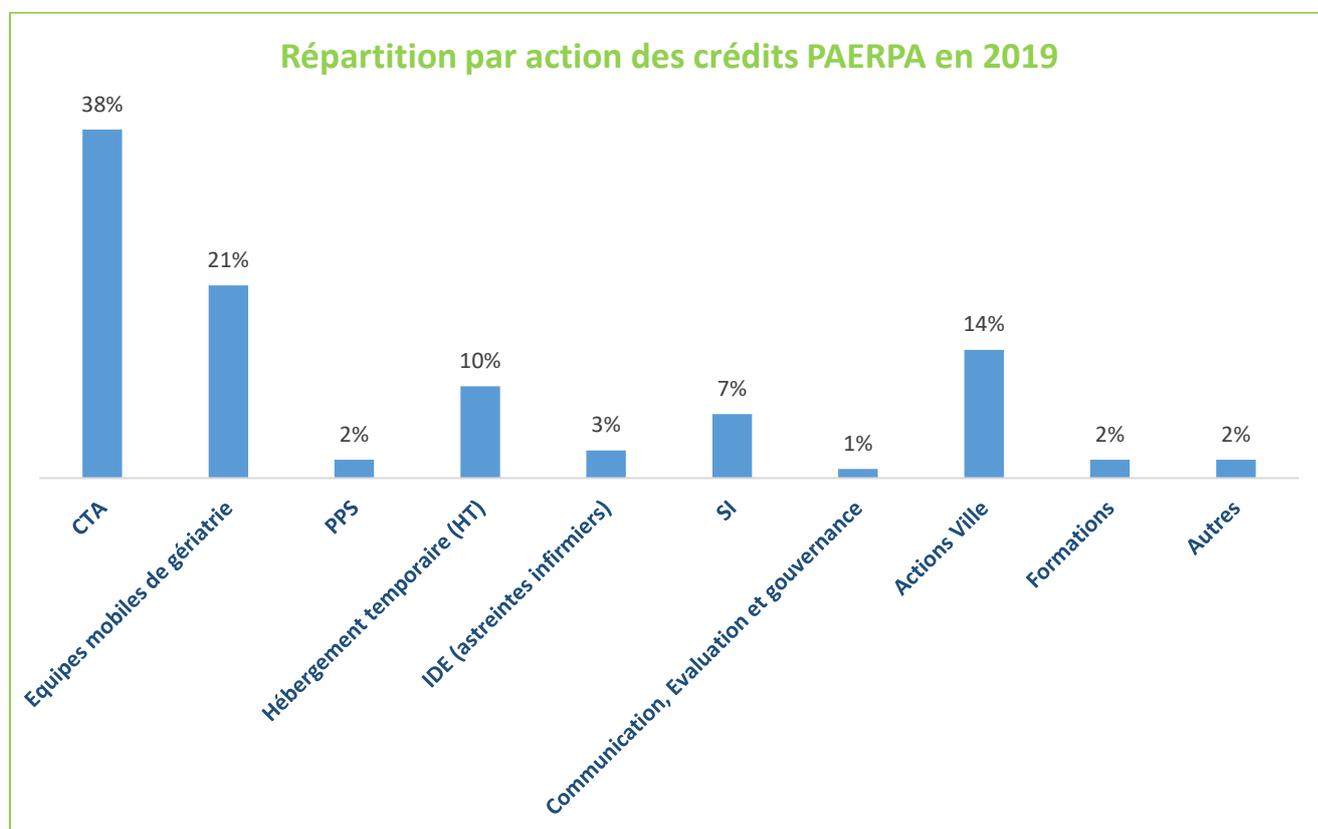
La mise en œuvre opérationnelle du programme (stratégie de mobilisation, diagnostic partagé, adaptation locale *via* la feuille de route, etc.) a permis aux professionnels et aux institutions des territoires PAERPA de développer une « culture commune » autour de la prise en charge des personnes âgées ; « ils ont appris à se connaître » dans une logique nouvelle parcours (*rapport intermédiaire PAERPA 2018*).

**Depuis 2015, l'usage des outils a fortement progressé, témoignant d'une réelle appropriation de ces outils par les professionnels.** Les temps d'appropriation par les acteurs demeurent variables d'un territoire à l'autre mais tous montrent un fort développement dans leurs utilisations au quotidien.

## Une expérimentation possible grâce à des financements spécifiques et transversaux

Une enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR), dédiée à PAERPA et d'un montant d'environ **19 millions d'euros par an**, a été attribuée aux ARS et répartie entre les sites pilotes. Elle a financé les différents dispositifs, structures et actions mises en œuvre, notamment :

- ✓ La coordination territoriale d'appui (CTA) ;
- ✓ La coordination clinique de proximité (CCP) ;
- ✓ Les plans personnalisés de santé (PPS) ;
- ✓ Des structures telles des plateformes territoriales d'appui (PTA), des maisons des aidants et des ainés (M2A), des CLIC (comités locaux d'information et de coordination), le plus souvent antérieurs ;
- ✓ Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) en intra et en extra hospitalier ;
- ✓ L'hébergement temporaire (HT) en sortie d'hospitalisation ;
- ✓ La mise en œuvre d'une astreinte d'infirmiers (IDE) mutualisée la nuit et le week-end entre plusieurs EHPAD ;
- ✓ L'évaluation des besoins d'adaptation du domicile ;
- ✓ Des actions de conciliation médicamenteuse ;
- ✓ Les systèmes et échanges d'informations ;
- ✓ La gouvernance ;
- ✓ La formation et la communication.



**Pour 2020**, afin de poursuivre la dynamique d'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre de ces parcours, **les crédits dédiés aux outils clés créés dans le cadre de PAERPA ont été prolongés.**

Ainsi, la dotation 2020 du FIR a été construite en prenant en compte :

- ✓ Une augmentation de 4M€ pour le financement **des équipes mobiles de gériatrie (EMG)**, pour prolonger les investissements en ce sens précédemment intégrés aux crédits protégés PAERPA ;
- ✓ Une augmentation de 1M€ pour le financement **de l'hébergement temporaire (HT)** ;
- ✓ Une augmentation de 8M€ pour le financement **de la Coordination territoriale d'appui (CTA) et des plans personnalisés de santé (PPS).**

Soit un total de **13 millions d'euros** représentant 75% du financement de l'expérimentation.

## Une évaluation pensée dès le démarrage de l'expérimentation

L'évaluation du programme PAERPA a été prévue dès le début. Elle est pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (DREES). Par ailleurs, les acteurs responsables de l'évaluation sanitaire, sociale et médico-sociale ont été mobilisés sur la production de données pour évaluer cette expérimentation emblématique. C'est pourquoi, sont déjà disponibles :

- ✓ de nombreuses remontées d'informations, de bilans et de capitalisation de la part des ARS, produits tout au long de l'expérimentation,
- ✓ des données quantitatives produites par l'ANAP et un suivi des usages au sein d'un tableau de bord trimestriel
- ✓ des analyses de la HAS, notamment sur le PPS,
- ✓ une évaluation qualitative portée par une équipe de l'EHESP-Mines Paris Tech-CNRS, sur la mise en œuvre des actions territoriales et le déploiement du programme (2017)
- ✓ un bilan intermédiaire de la DSS en 2018 et un rapport qui sera produit en 2020
- ✓ une évaluation quantitative médico-économique de l'IRDES en juin 2018 et qui sera reproduite en 2020.

L'ensemble de ces analyses montre la forte hétérogénéité des situations locales, qui rend difficile la comparaison entre territoires sur la base d'indicateurs strictement communs. Pour autant, les éléments suivants se dégagent :

- ✓ Une amélioration modeste mais significative de certains indicateurs concernant le médicament (**baisse des prescriptions inappropriées et de la polymédication**) ou les soins non programmés en ville (**baisse du recours aux urgences**).
- ✓ Une **absence d'impact sur les indicateurs d'hospitalisation** sensibles aux soins primaires.
- ✓ **Les PPS permettent de repérer et de suivre les personnes fragiles ayant des besoins sanitaires et médico-sociaux.**
- ✓ Un impact direct des PPS est observé sur les dépenses d'infirmiers à domicile qui augmentent significativement dans la première année suivant le PPS, sans se traduire par une augmentation des dépenses globales en ville, puisqu'il s'accompagne d'une réduction des dépenses de généralistes et de médicaments.
- ✓ Au regard des résultats territoire par territoire, on peut constater que **plus les territoires sont entrés vite dans le dispositif, plus les résultats sont durables.**

# LES 11 LEÇONS DE L'EXPERIMENTATION PAERPA POUR LA POLITIQUE DE PRISE EN COMPTE DES PERSONNES AGEES

1

**Une construction de la prise en charge des personnes âgées en France autour de la personne**, c'est à dire son parcours de soins, de santé, de vie, en tenant compte de son environnement et de ses attentes, et non en fonction des institutions ou des structures.

Ce parcours prend en compte la ou les pathologies mais ne peut être construit autour des seuls problèmes de santé et doit tenir compte des déterminants psychologiques et environnementaux.

2

**Une nécessaire coordination des acteurs sanitaires, médico sociaux et sociaux autour de la personne et de ses aidants**, dans la durée et dans la simultanéité.

3

**Un parcours qui doit aller de la prévention à la fin de vie et prendre en compte les aidants.**

4

**Un droit au parcours qui doit devenir un élément essentiel de la gestion du risque autonomie pour la nouvelle branche de la sécurité sociale.**

5

Un parcours qui repose sur **une dynamique territoriale** entre acteurs avec :



Une construction ARS/ département d'une gouvernance politique départementale



Une animation territoriale selon un maillage permettant de concilier proximité et équité d'accès aux réponses



Une implication de l'ensemble des acteurs, de l'hôpital, du domicile, du secteur médico-social et social, en priorisant le rôle essentiel des équipes de soins primaires



Des leviers financiers décloisonnés et inscrits dans la durée, des systèmes d'information et de données autorisant le partage sécurisé cohérent avec les outils métiers, des formations pluridisciplinaires et intersectorielles dès les premières années de formation initiale, de la télémédecine/télésanté

6

**La mise en œuvre d'une palette d'actions partenariales** : repérage de la fragilité, construction d'un plan personnalisé de santé partagé (PPS), lutte contre l'iatrogénie, services interstitiels tels qu'hébergement temporaire ou accompagnement des urgences, coordination en cas d'urgence ou de crise, expertise à distance.

7

**Un lieu de coordination des acteurs, favorisant l'accès aux aides sociales, qui doit être aussi un guichet unique d'entrée pour les aînés et les aidants (maison des aînés et aidants, fortement articulée avec les CPTS)**. Ce lieu repose sur une équipe pluridisciplinaire sociale et sanitaire.

## 7 bis

Une responsabilité locale des CPTS vis à vis de leur patientèle et une coordination avec l'ensemble des organisations (guichet social et DAC) et une structuration :

- ☞ des soins non programmés avec les acteurs de l'urgence (PDSA/PDSES).
- ☞ des parcours individuels cohérents par la connaissance fine de leur patientèle avec un souci de prévention et d'anticipation. Le médecin traitant est le coordonnateur premier des soins au patient.

## 8

Une organisation qui permet de :

- ☞ **recupérer dans le système de soins des personnes précaires et isolées**, avec dans un premier temps, des dépenses de soin accrues,
- ☞ **une optimisation du parcours permettant la diminution des risques et une meilleure prise en charge des soins.**
- ☞ **une anticipation des situations à risques**

## 9

Par rapport aux expérimentations PAERPA il conviendrait d'envisager :

- ☞ **une complémentarité de la gouvernance départementale des ARS et des départements**
- ☞ **une généralisation de la gouvernance locale et de la démarche parcours sur les territoires,**
- ☞ **une réorientation d'une partie des dotations assurance maladie vers des moyens visant à encourager et développer des projets de terrain partenariaux**, sous l'égide des ARS, en concertation avec les acteurs et les conseils départementaux,
- ☞ s'appuyer sur la dynamique CPTS et notamment la construction d'une offre de soins non programmée qui a manqué dans les territoires PAERPA,
- ☞ **Une implication accrue de l'hôpital en valorisant réellement la coopération avec les acteurs du territoire**, en fixant des objectifs communs aux différents acteurs de santé sur le territoire, le non passage des personnes âgées aux urgences en instituant notamment un référent gériatrique à l'hôpital, en mesurant la qualité de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital et en la valorisant financièrement,
- ☞ **La mise en place d'un pilotage national pérenne des parcours personnes âgées.**

## 10

**Une mutation de la posture des services publics vis à vis des acteurs**, en privilégiant le soutien et le décloisonnement ainsi qu'une logique de responsabilité locale.

## 11

**Une extension à d'autres populations, sans oublier la spécificité de l'approche personnes âgées**, et notamment leur association à la démarche, et en renforçant les filières gériatriques.

---

## LES PERSPECTIVES

---

**Le décloisonnement permis par PAERPA concerne non seulement les acteurs de santé, mais aussi ceux du social.** L'alchimie entre les deux secteurs est une donnée fondamentale du programme, mais également un facteur essentiel pour une préservation de l'autonomie.

**Le programme PAERPA a posé les principes d'une nouvelle organisation du système sanitaire, social et médico-social où le parcours de santé apparaît comme un levier important de la transformation du système.**

**En 2040, 10,6 millions de personnes** (14,6% des Français) auront 75 ans ou plus, soit une hausse de 5,5 points en 25 ans et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes pourrait se chiffrer à 22% entre 2017 et 2030 et à 41% entre 2030 et 2050.

Il est donc indispensable de **poursuivre la dynamique en faveur des parcours des personnes âgées**, afin de **préserver l'autonomie des personnes âgées fragiles**.

C'est bien l'action du gouvernement notamment :

- 👉 **En améliorant le parcours des personnes âgées dépendantes à l'hôpital, via l'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou depuis un EHPAD**

*L'objectif de « **zéro passage par les urgences** » pour les personnes âgées dépendantes, d'ici 5 ans, est prévu par le Pacte de refondation des Urgences, présenté en septembre dernier, avec un investissement fort pour atteindre cet objectif d'ici 5 ans (175 M€)*

*L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD constitue un levier puissant d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.*

*Par ailleurs, des mesures sont prises pour renforcer la prise en charge médicale et soignante au sein des EHPAD.*

- 👉 **En continuant de renforcer les équipes mobiles de gériatrie (EMG)** pour appuyer à la fois les équipes des EHPAD et les professionnels libéraux, pour éviter au maximum le recours aux urgences

- 👉 **En expérimentant un nouveau programme de dépistage de la fragilité selon la démarche ICOPE (Integrated Care for Older People)**, conçue par l'Organisation mondiale de la santé, sur la période 2020-2022.

*Ce programme, qui constitue une démarche innovante de prévention du déclin fonctionnel, partage certains objectifs avec PAERPA.*

*Dans l'esprit de ce que permet le plan personnalisé de santé (PPS), lorsque les risques gériatriques sont identifiés, il permettra la détection encore plus précoce des fragilités et une action renforcée sur les facteurs qui accélèrent la perte d'autonomie, chez des personnes âgées.*

---

# **FOCUS SUR QUELQUES REALISATIONS CONCRETES**

---

## DES REALISATIONS CONCRETES

→ Une démarche reproductible et des outils mis en place dans le cadre de PAERPA et d'ores et déjà entrés dans le droit commun

### Le renforcement de la continuité de la prise en charge et du lien Ville–Hôpital-EHPAD

#### 👉 Les équipes mobiles gériatriques (EMG)

**Au sein de l'hôpital**, elles constituent un « maillon » de la filière de soins gériatriques et contribuent à la logique de décloisonnement des structures et des acteurs visés dans la démarche PAERPA.

Elles assistent les différents services ou structures de soins non-gériatriques ou non-spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

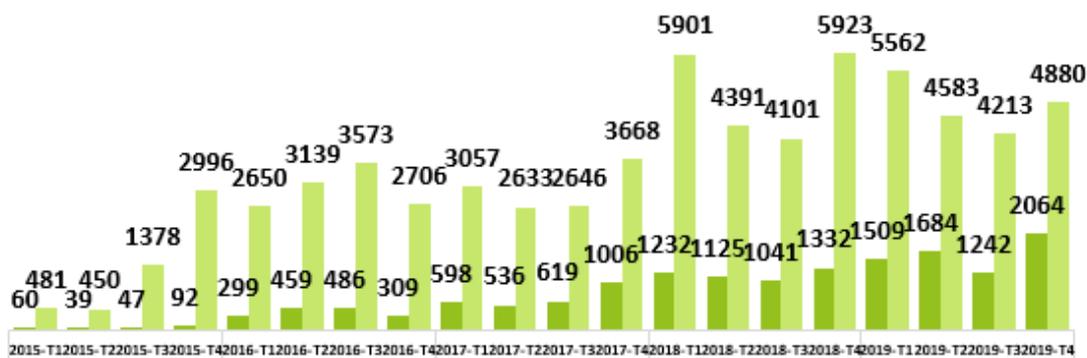
**A l'interface entre la ville et l'hôpital**, elles contribuent à faire le lien avec les acteurs du secteur médico-social et du domicile, qu'il s'agisse de l'orientation des patients, de l'accès aux avis spécialisés ou de la contribution à la préparation des sorties d'hospitalisation.

L'EMG peut intervenir en intra-hospitalier ou en extra-hospitalier (ville ou EHPAD), voire avec des outils de télémédecine.

Les ARS ont profité de l'expérimentation PAERPA pour développer et structurer les équipes mobiles de gériatrie là où elles sont inexistantes et pour consolider les EMG déjà en place. Aussi, leur rôle dans la fluidité des parcours des personnes âgées a été renforcé, en particulier pour l'évaluation gériatrique, le risque iatrogénique, le risque de dépression et le repérage de la fragilité de la personne âgée 24H au plus, après son entrée dans un service de médecine ou chirurgie.

■ Nombre d'interventions de l'EMG en extra hospitalier  
■ Nombre d'interventions de l'EMG en intra hospitalier

#### Activité des équipes mobiles de gériatrie



## L'hébergement temporaire (HT)

Le dispositif d'hébergement temporaire mutualisé en EHPAD consiste à **identifier, au sein du territoire PAERPA, des places d'hébergement pour accueillir, sur une courte durée et sous certains motifs, des personnes ciblées par le programme.**

Ce dispositif peut être déclenché pour deux motifs uniquement :

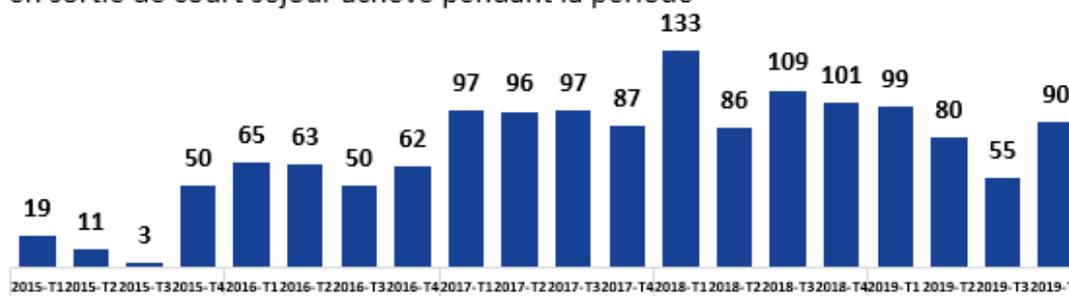
-  en sortie d'hospitalisation de médecine et de chirurgie si le retour à domicile reste difficile
-  en cas d'hospitalisation de l'aidant.

Il vise à limiter le recours à une hospitalisation de la personne âgée ou à diminuer sa durée d'hospitalisation dans le but de restaurer et préserver l'autonomie des gestes de la vie quotidienne, de préparer le retour au domicile avec la famille et les services sociaux, et/ou de réaliser les adaptations nécessaires du logement pour un retour au domicile dans de bonnes conditions.

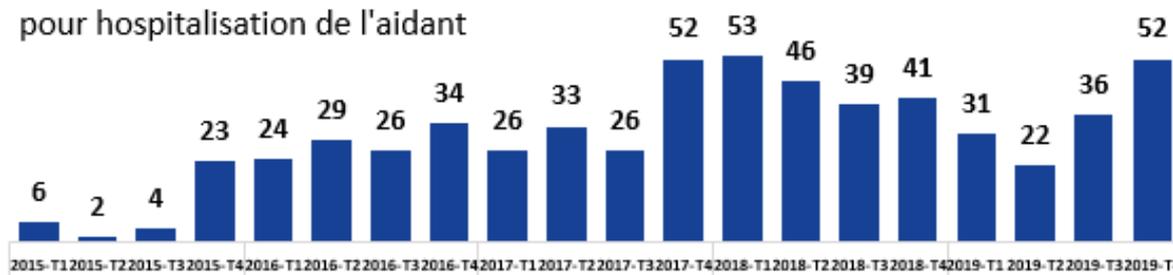
La spécificité de PAERPA réside dans sa modalité de financement puisque le programme finance la prise en charge, par des crédits du FIR, d'une grosse partie du reste à charge de la personne, pour une durée maximale de 30 jours laissant subsister uniquement un reste à charge journalier pour le résident équivalent au montant du forfait journalier hospitalier (soit 18€ par jour), soit un reste à charge bien inférieur à celui de l'HT de droit commun.

### Nombre de séjours d'hébergement temporaire en EHPAD achevés

en sortie de court séjour achevé pendant la période



pour hospitalisation de l'aidant

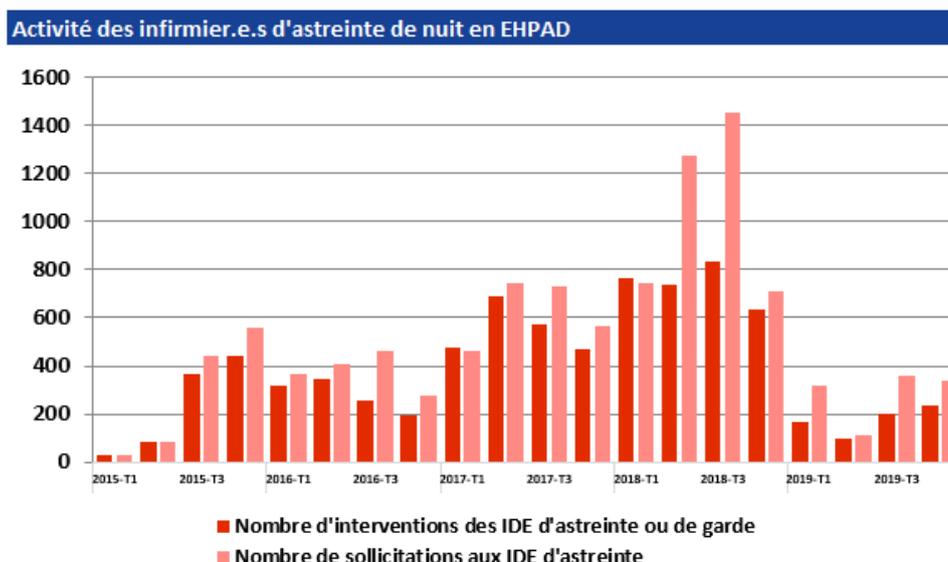


Le choix de certaines ARS de déployer ce dispositif dans les territoires avec une mobilisation des moyens hors FIR-PAERPA a témoigné la volonté de le diffuser plus largement.

## 👉 Mutualisation des infirmières (IDE) d'astreinte ou de garde en EHPAD

Afin d'éviter des hospitalisations en urgence inutiles, une astreinte infirmière la nuit et le weekend est mutualisée entre plusieurs EHPAD dans les territoires pilotes PAERPA.

Cette infirmière peut être sollicitée la nuit et le week-end par les EHPAD membres du groupement pour différents motifs (chutes, troubles respiratoires, accompagnements en soins palliatifs, douleur, angoisse nocturne, troubles du comportement. Le périmètre d'intervention de l'infirmière a été défini par les ARS (une trentaine de minutes maximum).



## La coordination entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire, principale réussite de la démarche PAERPA

La coordination des interventions souvent multiples et la mise à disposition de la bonne information au bon moment, est un enjeu clef de la prise en charge des personnes âgées.

Pour améliorer cette coordination, la démarche PAERPA a mis en place une plateforme d'appui aux professionnels, aux personnes âgées et à leurs aidants sur chaque territoire pilote, appelée coordination territoriale d'appui.

## 👉 La coordination territoriale d'appui (CTA)

La CTA est un dispositif de coordination visant à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, qui est chargée d'informer et d'accompagner à la fois les usagers (personnes âgées et leurs aidants) et les professionnels. Elle doit ainsi notamment permettre de favoriser une gestion intégrée des sorties d'hôpital en articulation avec les dispositifs existants déployés par l'assurance maladie et l'assurance vieillesse, et les modalités d'obtention de l'APA le cas échéant. Elle doit également offrir un appui aux professionnels de santé pour formaliser et suivre les Plans personnalisés de santé (PPS).

L'objectif des CTA est donc d'aider les personnes âgées et leurs aidants en leur donnant de l'information et en les accompagnant dans l'orientation, mais aussi d'aider à la fois ces usagers

et les professionnels **en proposant la mise en place de solutions**, quelquefois dans des délais très rapides, en fonction de la situation sanitaire, sociale et médico-sociale de l'utilisateur.

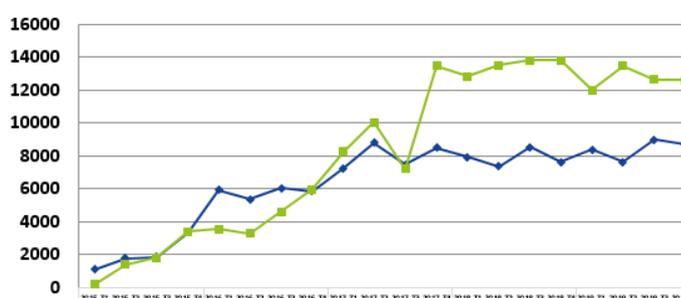
Elles jouent aujourd'hui en partie ou en totalité selon les sites les rôles suivants :

- ✓ information et orientation des usagers vers les ressources du territoire,
- ✓ appui aux professionnels de santé, qui va de l'information à l'établissement des PPS, en passant par l'orientation sur les ressources du territoire, la mise en relation de l'ensemble des professionnels de santé, qui forment la CCP, ou la CPTS,
- ✓ aide à la relation ville-hôpital par l'appui aux établissements
- ✓ repérage des personnes âgées en difficulté et des événements de rupture de parcours, ce qui implique le suivi de ces personnes,
- ✓ activation des expertises et prestations sanitaires, sociales et médico-sociales, y compris relatives au logement,
- ✓ partage de projets coordonnés de prévention
- ✓ résolution de « cas complexes » en urgence...et suivi dans la durée

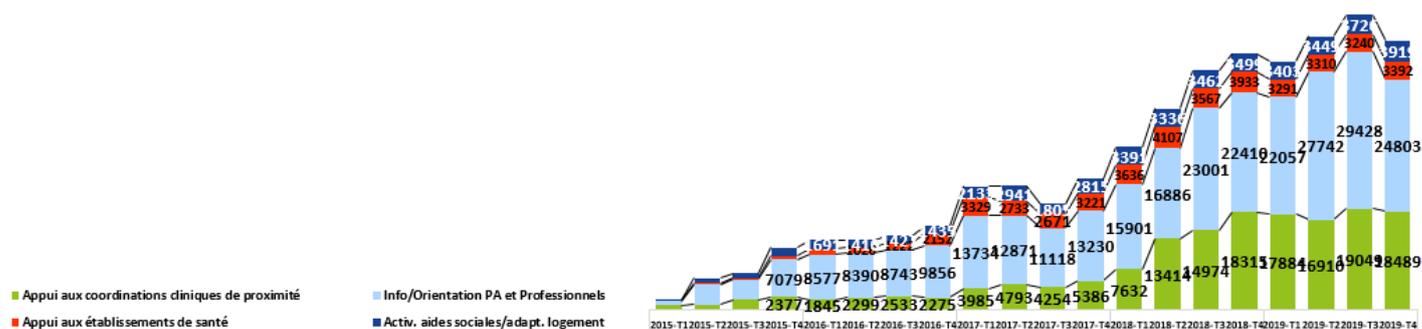
De plus en plus, **le travail des CTA s'oriente vers le suivi des personnes dans la durée**, afin d'éviter notamment les ruptures de parcours, les accidents, les ré-hospitalisations le cas échéant....

**Les territoires PAERPA ont ainsi incontestablement permis une dynamique territoriale dont la CTA est souvent l'incarnation, voire le pivot.** Cette dynamique se traduit par la naissance régulière de nouveaux projets qui permettent d'approfondir la coopération et la coordination, notamment de plus en plus dans le domaine très important pour les personnes âgées concernées de la prévention.

Sollicitations auprès des coordinations territoriales d'appui (plateformes d'appui aux professionnels et usagers)



Interventions des coordinations territoriales d'appui (plateformes d'appui aux professionnels et usagers)



## 👉 La coordination clinique de proximité (CCP)

La CCP rassemble, sous l'égide du médecin traitant qui a la charge de l'organiser, un ou plusieurs professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes âgées (médecin traitant, infirmier (libéral, SSIAD, SPASAD, centre de santé), le pharmacien d'officine et un autre professionnel de santé en fonction des besoins, par exemple le masseur-kinésithérapeute.

La démarche PAERPA renforce ainsi la prise en charge à domicile en s'appuyant sur les professionnels du premier recours formant une coordination clinique de proximité.

La CCP peut aboutir à différentes actions, dont le PPS, mais pas uniquement. En effet, les professionnels peuvent se réunir pour échanger sur une problématique particulière (ex : situation d'urgence, expertise gérontologique, etc) et parfois la situation de la personne âgée ne nécessite pas la mise en place d'un PPS.

Les professionnels de santé de proximité peuvent aussi, dans le cadre de la CCP, élaborer ensemble le plan personnalisé de santé (PPS), qui permet de gérer et d'anticiper la prise en charge des personnes âgées. Le PPS est déclenché par le médecin traitant dès le repérage d'une situation à risque chez une personne âgée.



## 👉 Le PPS (plan personnalisé de santé)

Le modèle de PPS a été élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS), à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations PAERPA. Le PPS est un **plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s)**, et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluri professionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique.

**Il résume la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours (évaluation globale), afin d'identifier les situations à problèmes, et établit un plan d'actions pour y répondre, comportant un volet « soins » et, si nécessaire, un volet « aides ». Il débouche sur un suivi et une réévaluation.**

Le modèle de PPS élaboré par l'HAS est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche. La première version du modèle de PPS de juillet 2013 a été adaptée suite à la prise en compte du retour d'expérience des utilisateurs : professionnels du domaine sanitaire et du domaine social.

Des formations pluriprofessionnelles valant DPC ont été labellisées PAERPA et mises à la disposition des professionnels de santé libéraux pour approfondir les méthodes permettant de

formaliser et de suivre un PPS. Des formations pluriprofessionnelles et intersectorielles pour les professionnels de ville, de l'hôpital, du sanitaire, du médico-social et du social sont par ailleurs proposées par certaines ARS.

Dans tous les territoires expérimentaux, si la coordination entre professionnels de santé s'est bien améliorée du fait de PAERPA, celle avec le secteur médico-social reste difficile, du fait de contextes, modes de travail et objectifs différents ...

Le nombre de PPS établis varie également très fortement selon les zones, Nancy par exemple en a réalisé pendant l'expérimentation 79 pour 1000 personnes âgées dans le champ de PAERPA, contre 32 pour 1000 au niveau national.

Les chiffres de PPS validés par les CCP fournis par l'ANAP montrent une croissance importante pendant la période de l'expérimentation : passage au niveau national de 1 581 en 2015 à 5 406 en 2019.

#### En conclusion :

- ✓ **Un usage croissant des dispositifs PAERPA, malgré une forte hétérogénéité de la mobilisation locale**
- ✓ **Un rôle essentiel du travail en équipe, des réunions et rencontres pluridisciplinaires entre des professionnels de secteurs du social, sanitaire et médico-social, notamment avec les conseils généraux, et des formations communes**



---

# LES PUBLICATIONS PAERPA

---

 **Les publications de l'ANAP disponible sur le site internet :**

<https://www.anap.fr/ressources/parcours/dynamique-parcours/grand-age/>

 **Les publications de l'IRDES disponible sur le site internet :**

<https://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

 **Les publications de la DREES disponible sur le site internet :**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>

 **Le site internet du ministère des solidarités et de la santé :**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/>

 **Le site internet des ARS**

- ✓ <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/paerpa-1>
- ✓ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/paerpa-ameliorer-le-parcours-des-personnes-agees>
- ✓ <https://www.paerpa-paris.fr/>
- ✓ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/parcours-personnes-agees>
- ✓ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/experimentations-paerpa-personnes-agees-en-risque-de-perte-dautonomie-0>
- ✓ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-parcours-de-sante-des-aines-paerpa>
- ✓ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/le-dispositif-paerpa>
- ✓ <https://www.paca.ars.sante.fr/parcours-de-sante-des-aines-dans-le-var-bilan-de-lexperimentation>
- ✓ <https://www.corse.ars.sante.fr/parcours-de-sante-des-personnes-agees>
- ✓ <https://www.bretagne.ars.sante.fr/projet-paerpa-en-region-bretagne-diagnostic-territorial-des-pays-de-rennes-broceliande-et-des>
- ✓ <https://www.paerpa34.fr/> et <https://www.paerpa65.fr/>

# Parcours Santé des aînés

Paerpa

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE



Conception : Diarm - Juillet 2014



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité

ars  
Agence Régionale de Santé