

Compte-rendu du Comité national PAERPA 15 mai 2019

DSS/AF/EH

24.05.19

1) Propos introductifs

Dominique Libault, le président du Comité national PAERPA, remercie les membres du comité pour leur présence continue depuis 2014. Il rappelle que la richesse du comité réside dans ce dialogue varié et transparent entre les représentants des professionnels de santé, du médico-social, du social, les associations d'usagers et les partenaires de terrain du programme.

Pour rappel, le programme PAERPA s'est construit sur deux objectifs principaux : un meilleur accès effectif aux soins et une diminution des coûts évitables dans le système de soins.

La mise en place et le déploiement de systèmes de coordination entre acteurs sur un territoire a permis de mieux repérer les personnes isolées du système et d'optimiser le parcours de santé (maintien des personnes âgées à domicile et améliorer la prévention, etc...), c'est un enseignement très précieux à ce stade.

Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale, insiste sur les deux objectifs du programme PAERPA pour 2019 : tirer les enseignements de la démarche parcours et identifier, comprendre le fonctionnement des outils éprouvés et évalués.

A ce titre, la ministre des Solidarités et de la Santé a déjà retenu certains dispositifs, comme les infirmières de (IDE) nuits et l'hébergement temporaire, dans sa feuille de route de mai 2018. PAERPA a largement contribué aux débats sur la concertation grand âge cet hiver. Le programme s'inscrit ainsi dans le nouveau regard sur la prise en charge des personnes âgées envisagé dans le cadre du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé et les prochains travaux sur la dépendance.

2) Bilans et états des lieux d'outils socles du programme PAERPA par les acteurs des territoires

a) Quatre années autour de la coordination sur les territoires en Mayenne (cf. présentation)

Thierry Dumais insiste sur les effets positifs de PAERPA sur les niveaux de consommation de soins hospitalière.

Il apparaît tout d'abord, que les hôpitaux ont une montée en charge due au repérage des personnes âgées isolées du système et à l'implication des équipes mobiles de gériatries (EMG), qui ont été renforcées et participent à la sortie d'hospitalisation. Il ressort également que l'hébergement temporaire du programme a permis de gagner 4 à 6 jours d'hospitalisation pour des durées d'hospitalisation temporaires qui sont en moyenne d'une vingtaine de jours (cf. graphique présentation).

Ensuite, on observe que pour les personnes bénéficiant du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, le coût moyen évité par personne varie entre 3 500 et 4000 euros par an.

Enfin, les hospitalisations ont été optimisées par les professionnels de santé et le coût des dépenses hospitalières a été stabilisée (- 1% en Mayenne et la tendance nationale est de 3%).

Sur la consommation de médicaments, Thierry Dumais souligne qu'elle diminue progressivement grâce à l'accompagnement des professionnels dans le cadre du plan personnalisé de santé (PPS). Une étude qualitative menée par l'Agence régionale de santé (ARS) Pays de Loire en Mayenne en 2017 confirme que presque 40% des personnes rentrent dans un PPS à cause d'un problème de suivi médicamenteux.

La ré-hospitalisation baisse fortement pour les personnes suivies dans le cadre d'un PPS (-5.8% avec PPS et +5.6 pour la population générale). En 2016, le taux de ré-hospitalisation décroît plus que sur les trois premières années.

Marie-Aline Bloch demande si les données 2015-2016 concernent des PPS réalisées essentiellement dans le cadre des maisons de santé. Thiery Dumais explique qu'en Mayenne, les PPS ont été utilisés que dans les maisons de santé et ils ont été étendus aux autres professionnels de santé à partir de 2017.

Dr Pascal Gendry complète que PAERPA a été un levier pour favoriser l'exercice coordonné dans les maisons de santé qui est aujourd'hui de 60% en Mayenne.

Dr Pascal Gendry insiste sur les répercussions positives de PAERPA relatives aux organisations territoriales. Au début PAERPA a été proposé uniquement dans quatre territoires puis il s'est étendu sur l'ensemble du territoire pour que tous les professionnels de la Mayenne puissent bénéficier d'un appui.

Dr Pascal Gendry considère que PAERPA a permis des avancées majeures :

- la constitution, la rédaction et le suivi d'un PPS est le premier acte coordonné rémunéré pour des professionnels ;
- un repérage de la fragilité facilité dans la mesure où 85% des personnes repérées sont bien des personnes non connues ;
- les nouveaux services développés ont permis à des équipes d'appui d'intervenir au domicile de personnes non identifiées des hôpitaux de proximité et des professionnels du territoire.

Aujourd'hui PAERPA a pour effets collatéraux positifs :

- l'extension de sa technique aux patients complexes de moins de 75 ans avec les mêmes acteurs ;
- l'inscription de la dynamique de parcours dans le contrat local de santé et dans le projet de la CPTS ;
- une réflexion sur la rémunération forfaitaire des professionnels de santé ;
- sans PAERPA le territoire de la Mayenne ne serait pas dans l'expérimentation de l'article 51, PEPS et IPEP.

Dominique Libault souligne la dynamique vertueuse de chaînage impulsée dans le cadre du programme PAERPA et insiste sur sa généralisation à venir.

Marie-Aline Bloch développe sur la nécessité de bien comprendre les effets secondaires de la méthode PAERPA. Ils sont très intéressants et notamment dans la dynamique vertueuse de chaînage comme un préliminaire pour aller plus loin dans l'amélioration du système de santé. Dr Pascal Gendry répond que la Mayenne travaille actuellement sur un renforcement au plus fort de cette dynamique.

Dr Jean-Pierre Acquino pointe des éléments déterminant du succès de PAERPA en Mayenne due aux facteurs suivants :

- un département désormais en totalité couvert par PAERPA au bout de quatre ans d'expérimentation ;
- un département entièrement chapoté par les services d'une PTA (dispositif d'appui à la coordination) ;
- un département qui dispose d'une organisation de premier recours mature (maisons de santé pluridisciplinaire et des professionnels de santé isolés mieux structurés et aidés) ;

- des professionnels d'appui vont au contact des professionnels de santé pour les aider à formuler un signalement, les aider à rédiger un PPS et à suivre la mise en place des besoins pour les personnes.

Ces éléments permettent d'aboutir à la situation la plus favorable, une organisation bien structurée dans une démarche qualitative continue.

b) L'efficacité de l'implication des centres hospitaliers à Valenciennes (cf. présentation)

Dr Fanny Héquet insiste sur l'impact du programme sur le dépistage de la fragilité grâce à l'appui de l'EMG et la mise en place d'une commission de coordination de gériatrie. Le dépistage de la fragilité est réalisé à 80% dans les 24 heures dans les centres hospitaliers (pop up puis réalisation de la TMST).

La démarche de changement a été très longue au sein de l'établissement et a été basée sur les travaux de la commission de coordination gériatrique et par l'identification de référents (un infirmier et un aide-soignant par service d'hospitalisation).

Sur l'orientation des patients dans le service d'accueil des urgences, il y a une très forte augmentation des retours à domicile étayés/sécurisés avec moins d'hospitalisation.

Entre 2014 et 2017 la durée moyenne de séjour (DMS) globale a baissé de 4% pour les personnes qui arrivent par les urgences pour un nombre de séjour qui avait augmenté.

Dr Alain Lion demande si dans la commission de gériatrie il y avait des représentants de la médecine générale. Dr Fanny Héquet précise qu'elle est seulement intra-hospitalière. Dr Alain Lion souligne qu'il en existait une similaire à Strasbourg dans laquelle ils ont été conviés et que l'association de la médecine libérale à cette commission pourrait être intéressante. Dr Philippe Marissal s'interroge sur le lien avec les médecins traitants. Dr Fanny Héquet précise qu'ils sont contactés très régulièrement notamment à travers les outils déployés du programme. Dr Marguerite Marie Defebvre insiste sur l'augmentation très significative des actions et des liens entre l'hôpital et la ville dans le cadre du programme PAERPA. Cependant il est regretté que ce territoire ne dispose pas encore de système d'informations partagées entre l'hôpital et les professionnels de ville.

c) Les impacts et les perspectives de « la méthode PAERPA » dans le département de Corrèze 2015-2018 (cf. présentation)

Le programme PAERPA a augmenté et favorisé les relations entre tous les acteurs du territoire de Corrèze. Il est souligné l'utilisation d'un outil de partage d'informations, PACO, qui permet une meilleure gestion commune entre les acteurs sociaux et médico-sociaux. Et en 2019 une communication directe et efficace entre les professionnels libéraux et hospitaliers a été créée sur ce territoire.

Il a été souligné que PAERPA a pour effet de :

- diminuer les passages aux urgences et même après hospitalisation ;
- rapprocher les maisons de santé qui souhaitent que tous les professionnels soient formés au repérage et au changement de situations de domicile.

Il est noté que sur la Corrèze le programme avait produit des effets collatéraux similaires aux autres territoires :

- l'extension de la méthode vers des situations cliniques pour des personnes de plus et moins de 60 ans ;
- la crédibilité des services déployés a permis d'ouvrir de nouveaux projets pour les personnes âgées et pour d'autres publics (psychiatrie, oncologie, etc).

Sylvain Denis s'interroge sur l'association des usagers à la méthode PAERPA. Corine Llovel répond qu'ils sont associés depuis le début (relation d'échange et de construction d'un projet autour de ce qu'a consenti la personne). Dr Pascal Gendry complète qu'une association d'usagers a été créée en Mayenne pour intervenir dans la gouvernance et dans l'évaluation des dispositifs et participent à une commission d'analyse des ruptures de parcours.

d) Retour d'expérience du PPS : décryptage de l'utilisation et du contenu des plans personnalisés de santé en Centre-Val-de-Loire (cf. présentation)

Nathalie Binot explique que l'épuisement de l'aidant représente 2/3 des cas d'ouverture de PPS. On observe que les professionnels libéraux de santé (43%) et les établissements (30%) sont principalement les repérants de la fragilité. Elle souligne que le repérage plus précoce constitue un véritable enjeu dès lors que les problématiques sont à 57% à la fois médicales et sociales.

Parmi les données obtenues sur la gestion des PPS, on observe que :

- dans 100% des dossiers, la coordinatrice a participé à l'élaboration et à la validation en appui des professionnels de santé de la coordination cliquière de proximité (CCP) et des professionnels sociaux ;
- dans 9 dossiers sur 10, le PPS nécessite au moins le contact de deux professionnels sanitaires et sociaux ;
- 43% des demandes d'appui formulées concernent l'adaptation du plan d'aides, les conditions du maintien à domicile ;
- 79% des personnes repérées ont un niveau de perte d'autonomie modérée à lourde ;
- 87% des actions réalisées par la CTA sont des démarches auprès de professionnels pour la prise en charge de la personne âgée ;
- 36% des actions réalisées par la CTA consistent à activer des prestations de prévention et/ou d'expertises ;
- la durée d'intervention de la CTA sur le dossier est inférieure à 3 mois dans 42% des cas.

Il ressort que pour les professionnels, les principales plus-values de la CTA résident dans :

- des réponses aux situations complexes ;
- un seul référent dans la mesure où il permet de gagner du temps au quotidien et de se recentrer sur leur cœur de métier ;
- un regard extérieur sur des situations complexes ;
- une sorte de « *garde-fou* » qui permet de ne rien oublier dans la prise en charge.

Une plateforme de système d'information est utilisée mais elle doit être fortement améliorée (ergonomie et interopérabilité des outils existants). Un travail sur les outils de système d'information est mené actuellement par l'ARS et les professionnels.

Dominique Libault souligne que la plus-value d'une structure d'appui tient à pouvoir actionner/prévenir simultanément des professionnels du sanitaire et du social.

Quant à la liquidation des PPS par la Caisse primaire d'assurance maladie et la réalisation, on observe trois types de territoires PPS : ceux où le PPS fonctionne très peu, ceux où ça fonctionne bien avec un mode très impulsé CTA (ex : Meurthe-et-Moselle) ou dans un modèle où les professionnels eux-mêmes font le PPS (ex : Mayenne). Ainsi, la vision de la rémunération n'est pas la même lorsque le PPS est fait en grande partie par les professionnels de ville et quand il est fait principalement par les acteurs des dispositifs d'appui (CTA, PTA...).

Pour la suite cela interroge la relation entre CTA et coordination de proximité (le partage des rôles entre eux) qui n'est pas homogène dans les territoires.

Valérie Cherreau-Cornu s'interroge sur l'articulation des CTA et des PTA.

Dr Pascal Gendry explique que les territoires sont délimités ; la PTA est le niveau de mutualisation des outils et de réflexion stratégique sur le développement et de la RH ou d'outils informatiques. Marie-Sophie Gaudouen complète qu'en Centre-Val-de-Loire, il n'existe pas de critères pour choisir entre CTA et PTA. L'évaluation de la complexité ressentie par le professionnel est utilisée pour choisir entre un niveau de coordination simple ou renforcée.

Valérie Cherreau-Cornu demande quel est le délai de réponse à la suite d'une demande. Les délais sont très variables d'une situation à une autre mais ils répondent aux besoins des

professionnels (cf. enquête de satisfaction). En Centre-Val-de-Loire, pour le médecin traitant, il est de 4 jours en moyenne et en Corrèze, il est d'une journée.

Marc Bourquin observe que la tendance va vers un dispositif tout âge mais ceci risque d'augmenter la demande et donc le coût. La question du rassemblement des structures de coordination, de leur pilotage qui peut être différente dans les territoires, risque d'augmenter les délais dès lors qu'il y n'aura pas d'effet d'échelle.

Dominique Libault rappelle que la co-construction entre les acteurs de la santé et du social est essentielle. L'un des enjeux est l'articulation des maisons des aînées et des aidants avec les professionnels pour faciliter la demande des personnes âgées.

Mouloud Yahmi précise que la ministre des Solidarités et de la Santé a souhaité travailler sur la simplification de ces dispositifs dans le cadre d'une concertation nationale organisée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui est actuellement en cours avec l'ensemble des acteurs concernés.

3) Le système national des données de santé (SNDS) et le développement des usages des données de santé « parcours » (cf. présentation)

Jérôme Brocca explique qu'avant 2017 on avait des systèmes d'information cloisonnés et depuis le SNDS a été mis en œuvre avec la logique parcours. Le SNDS permet de décloisonner la logique ville hôpital et de travailler sur le parcours de soins. Cet outil aide à la décision des directions métiers des ARS et les partenaires.

La perspective est d'avoir une meilleure diffusion des données auprès des partenaires et pourrait être un outil majeur pour l'expérimentation 51 et pour d'autres programmes régionaux ad hoc à l'avenir.

4) Premiers éléments nationaux de description des PPS (DRESS) (cf. présentation)

Mathieu Joyau partage les données recueillies sur les PPS liquidés (ayant fait l'objet d'une facturation par une caisse et donc traçable dans le sniram) entre 2015 et 2018. A noter que 13 500 PPS ont été validés par l'ANAP à fin 2018.

- 6 130 PPS liquidés et actuellement la dynamique est portée par la vague 2 (autant de PPS en vague 2 que sur les années précédentes) ;
- Le PPS concerne pour 2/3 des femmes et la moyenne d'âge est de 85 ans pour les deux sexes ;
- Le taux de décès global est de 18% pour les patients qui ont bénéficié de PPS ;
- 75% des patients qui rentrent dans un PPS sont en ALD (essentiellement des maladies cardiaques, l'appareil circulatoire, diabète, maladies neurologiques) ;
- Un tiers des médecins de la vague 1 a initié au moins un PPS ;
- L'initiation d'un PPS est très variable sur les territoires (par exemple 75% des médecins en Lorraine) ;
- Dans la vague 1, il y a de plus en plus de médecins qui prescrivent des PPS ;
- A partir de 2017 environ 15% des médecins ont initié plus de dix PPS et plus ;
- Les médecins sont moteurs du dispositif sur leur territoire ;
- 25% des médecins continuent de prescrire du PPS pendant au moins deux ans ;
- Les médecins de moins de 45 ans semblent plus enclins que leurs confrères à prescrire un PPS.

Dominique Libault note que l'utilisation du PPS dans les territoires dépend de l'implication de l'ARS. La question de l'âge de l'entrée dans le dispositif PAERPA et de la prévention a été soulevée par les membres du comité.

5) Retour d'expérience des territoires PAERPA : mutualisation d'IDE de nuits et l'hébergement temporaire en EHPAD (ANAP) (cf. présentation)

Elise Proutt rappelle les données recueillies trimestriellement sur les territoires.

Dominique Libault fait part de sa satisfaction sur les tableaux produits qui permettent de voir l'utilisation faite par les territoires des deux formes de coordination.

Elise Proutt souligne que la forte progression des usages se fait sur les nouveaux territoires PAERPA depuis un an et demi.

Elise Proutt indique la production récente par l'ANAP d'études relatives aux infirmières de nuits (<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mutualisation-dide-de-nuit-en-ehpad-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>) et à l'hébergement temporaire dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/lhebergement-temporaire-en-ehpad-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>), initialement en sortie d'hospitalisation puis étendue à des situations de défaillance de l'aidant. Cette année l'ANAP va travailler sur une étude relative aux coordinations cliniques de proximité.

6) Perspectives : de l'expérimentation vers un droit commun du parcours de santé et de l'autonomie

Dominique Libault met en exergue que l'idée forte du rapport est de tendre vers un parcours santé de droit commun des personnes âgées avec une proposition de généralisation du PPS sur l'ensemble du territoire.

Il ressort également qu'il est nécessaire d'avoir davantage une porte d'entrée usagers pour faciliter le parcours. Il conclut qu'une mission parcours devrait se mettre en place pour préparer ceci.

L'association Old-up soulève qu'elle n'a pas entendue assez parler des usagers, hormis en tant que patients. Dominique Libault souligne la nécessité d'associer effectivement les personnes âgées à la fois comme acteurs de leur parcours, et, plus collectivement, à la réflexion sur les territoires, comme c'est le cas dans un certain nombre d'expérimentations PAERPA.

Béatrice Rolland mentionne que l'ANDPC va lancer un appel à projet pour développer des actions interprofessionnelles en appui de l'exercice coordonné en santé et le secteur des personnes âgées peut y être intégré.

Agenda : 12 et 13 juin 2019 2ème Congrès Francophone « *Parcours de santé, de Soins des Aînés* » – salon de l'Aveyron, Paris Bercy <https://parcoursdesaines.com/>

Documents : Evaluation de l'activité de coordination du parcours de santé des personnes âgées réalisée dans le cadre de l'expérimentation PAERPA en région Centre-Val-de-Loire, 2019, https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-03/PAERPA_DP_2019.pdf

Dossier de presse sur l'état d'avancement et les perspectives des parcours de santé des aînés, 2018 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_pointpresse_280918_def_2.pdf

Evaluation d'impact de l'expérimentation PAERPA Premiers résultats, <https://www.irdes.fr/recherche/2018/questions-d-economie-de-la-sante.html#n235>

Bilan intermédiaire 2017 PAERPA, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf

Annexe 1 – Personnes présentes

Institution	Nom - Prénom	Institution	Nom - Prénom
Comité national PAERPA	Dominique Libault	FHP	Jeanne-Marie Noel
DSS	Mathilde Lignot-Leloup	FEHAP	Agathe Faure Sarah Bekhada
DSS	Alexandre Farnault	FNEHAD	Laure Boissière-Lacroix
DSS	Eloïne Hidalgo	Fédération du Service aux Patients	Olivier Peraldi Mehdi Tibourtine
DGOS	Mouloud Yahmi	FFMPS	Pascal Gendry
DGCS	Jean Guillaume Bretenoux	France Assos Santé	Sylvain Denis
CNAM	Eric Haushalter	Association Old-Up	Geneviève Mansion
HAS	Emmanuel Corbillon	ADMR	Maud Collomb
PTA 37	Marie-Sophie Gaudouen	UNR FACS	Valérie Chereau-Cornu
PTA 37	Nathalie Binoit	NEXEM	Adrien Casseron
PTA Corrèze	Corinne Llovel	SYNERPA	Marie Saintilan
CH Valenciennes	Dr Fanny Héquet	SNITEM	Brigitte Congard-Chassol
ARS Hauts de France	Dr Marguerite-Marie Defebvre	SFGG	Jean-Pierre Aquino
ARS Centre-Val-de-Loire	Jérôme Brocca	Fondation Méderic Alzheimer	Dr Alain Berard
ARS Pays de Loire	Thierry Dumais	Adessa Domicile	Diane Roubinowitz
ANAP	Elise Prout	Ideal Co	Rémi Pialat Rachel Guimbaud
DRESS	Emin Agamaliyev	ATIH	Thierry Prost
DRESS	Mathieu Joyau	EHPAD Les Fontaines	Dr Alain Lion
IRDESS	Zynep Or	CHU Montpellier	Dr Claude Jeandel
EHESP	Marie-Aline Bloch	FSP	Philippe Marissal
ANDPC	Béatrice Rolland	FNADEPA	Anabelle Vequelles
FHF	Marc Bourquin		