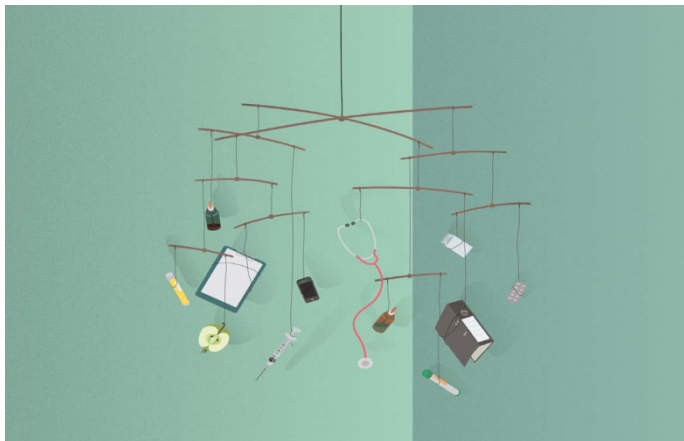


Parcours santé des aînés – des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée

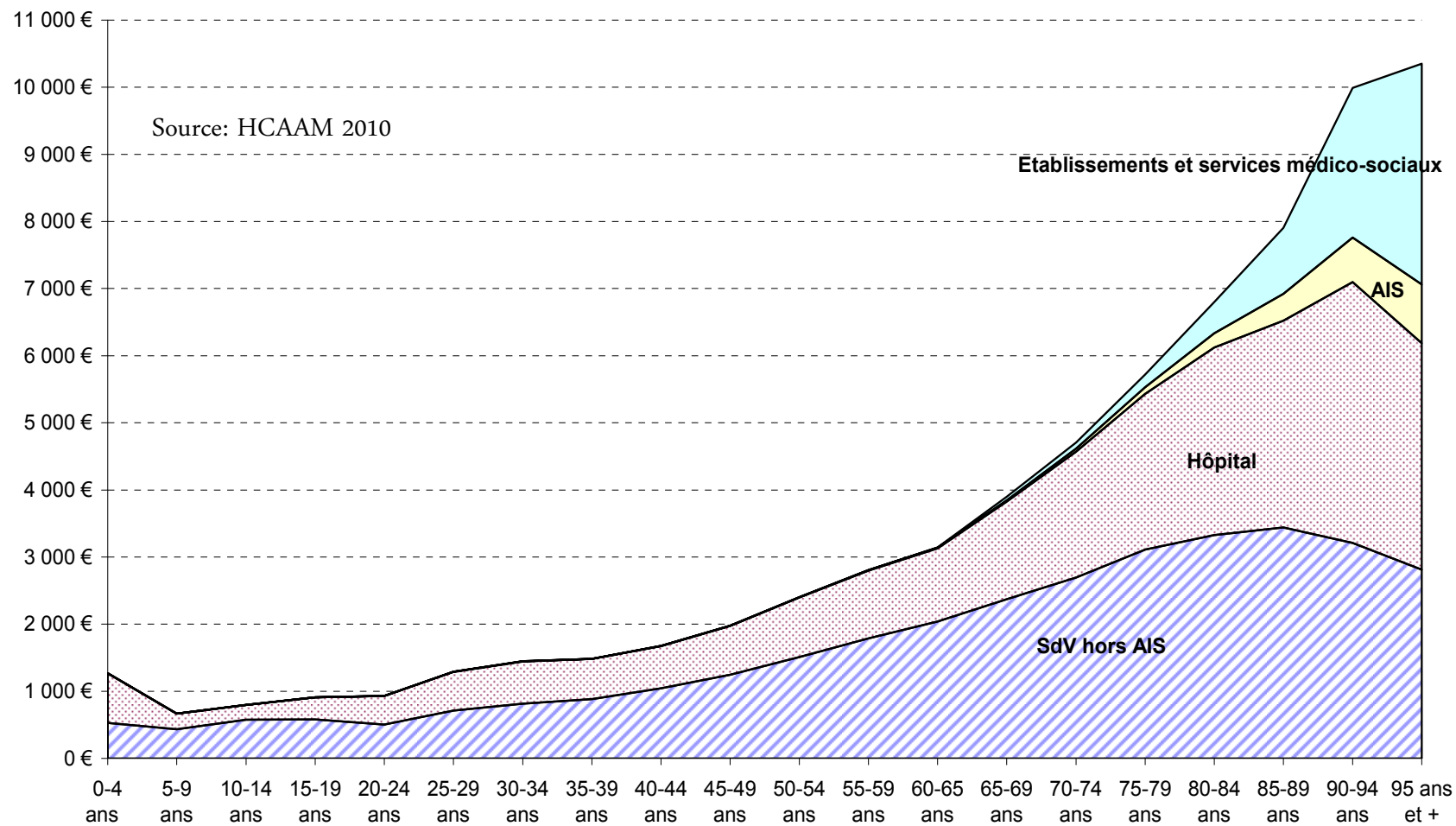


Pr Isabelle Durand-Zaleski

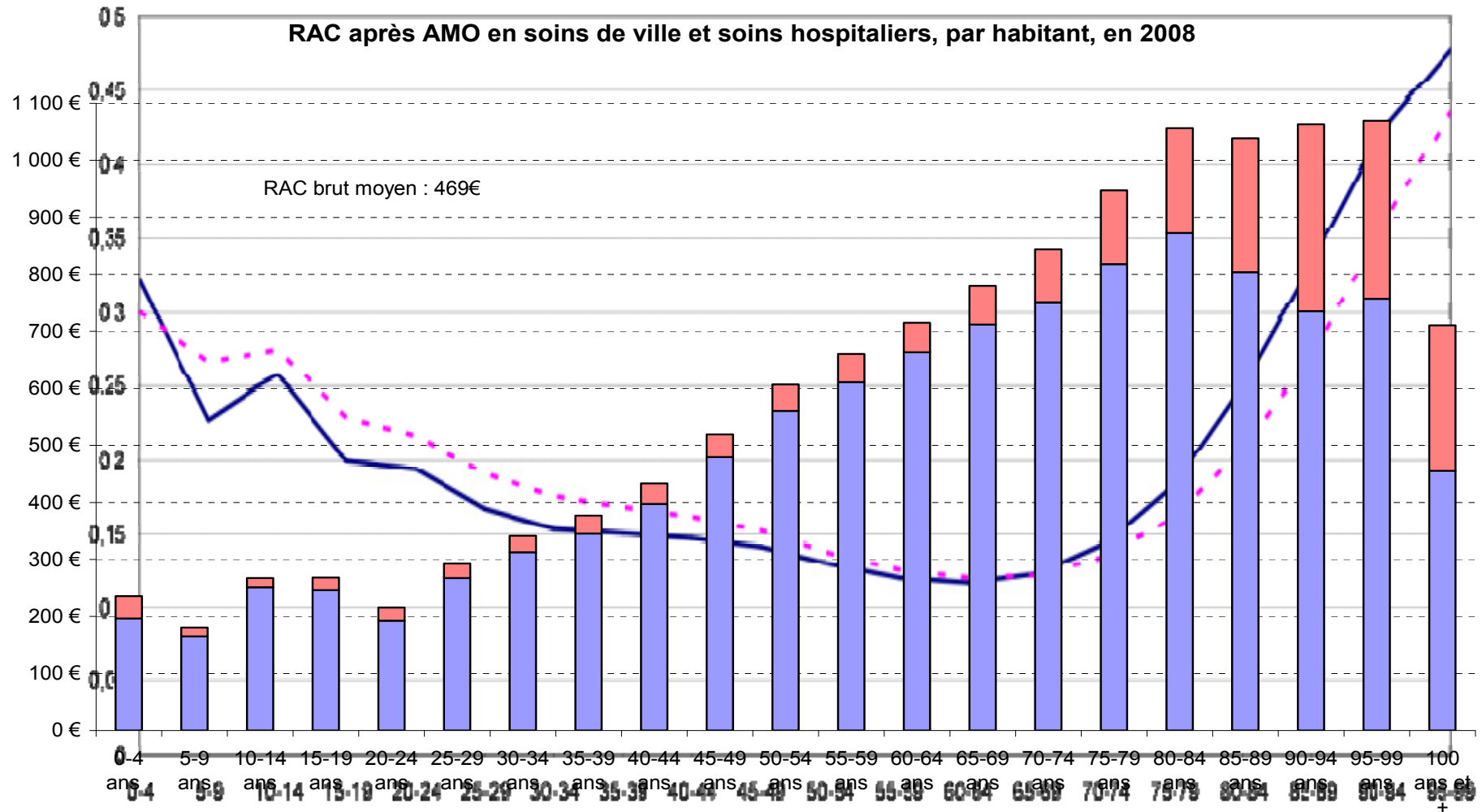
Un constat partagé

- Tous les pays développés
- Les pays à système Bismarckien ont sans doute encore plus de difficultés
- Les clivages historiques:
 - Soins / prévention
 - Ville / hôpital
 - Sanitaire / social
 - Etat / assurance maladie
- Les reste à charge pour les patients et les familles
- Faisabilité:
 - ‘path dependency’
 - Défense de territoire et de professions

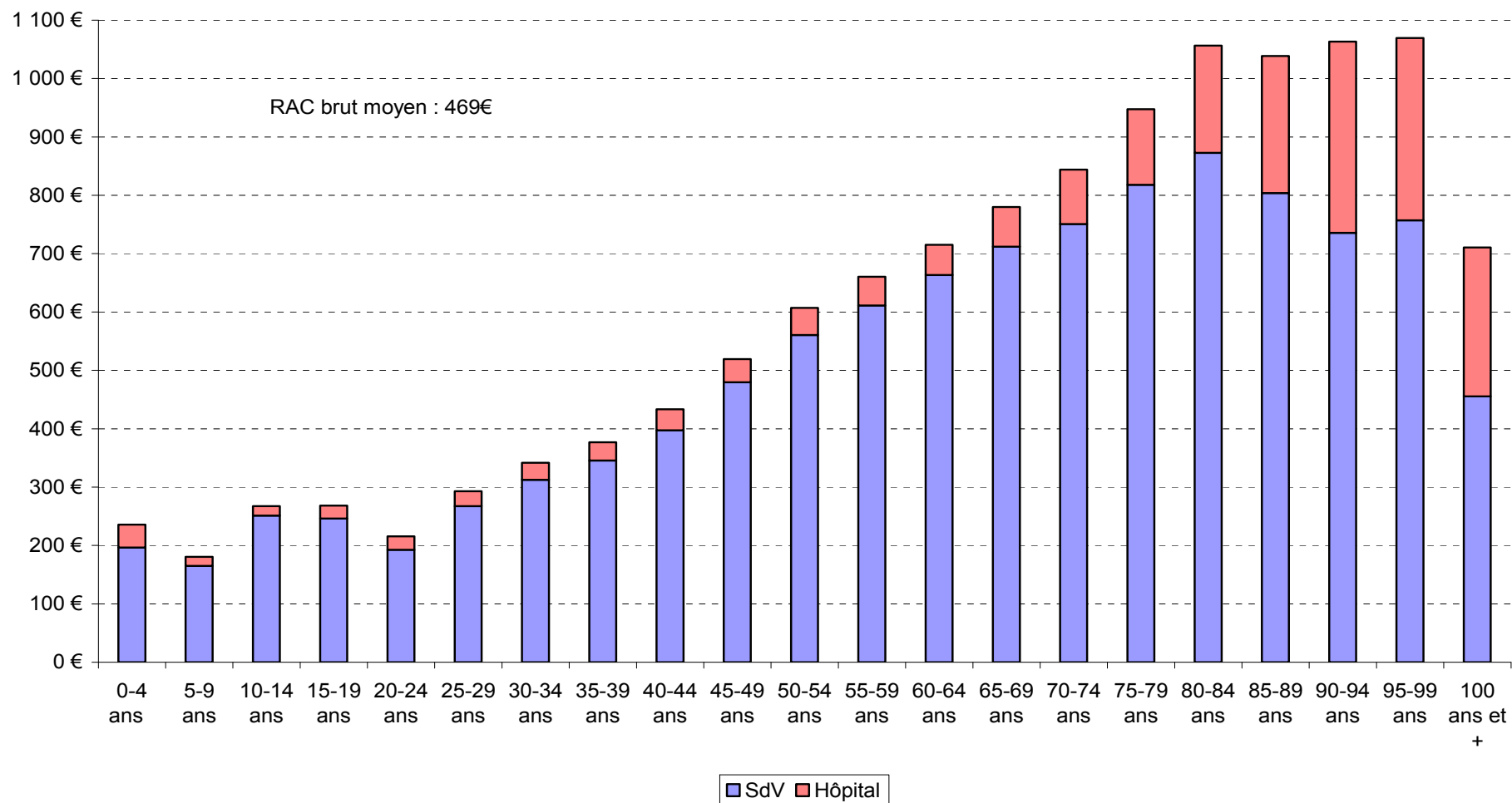
Dépenses médicales par habitant en 2008



Admissions à l'hôpital via les urgences



RAC après AMO en soins de ville et soins hospitaliers, par habitant, en 2008



2 approches

- Le principe général est de partir des besoins de la population plutôt que des outils en palce
- Tenter d'améliorer la co-ordination/co-operation entre professionnels et secteurs
- Faciliter les transferts de compétence en réponse aux besoins des patients

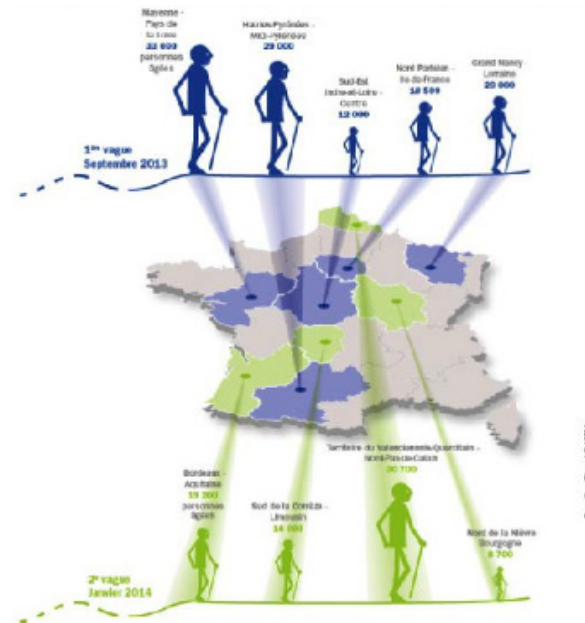
Environnement législatifs

- 2004 loi de santé public: permet les expérimentations sur le transfert de compétences / co operation entre professionnels
- 2013: LFSS: expériences PAERPA
- 2015 Loi de Santé : pratiques infirmières avancées

Quelles sont les expériences de soins coordonnés

- ASALEE (2004-2007) en France: patients diabétiques
- DISMEVAL 2015: projet européen d'évaluation des soins coordonnés dans plusieurs pays
- Pas de travaux sur les patients très âgés et multimorbides: 'high need high cost',
- Mais aux Etats Unis 'Commonwealth care Alliance' s'intéresse précisément à ces patients

Expérimentation PAERPA



Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

Le champ d'action de l'expérimentation Paerpa (*Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie*) couvre l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie de plus de 75 ans. Un des enjeux majeurs de l'expérimentation est, par une démarche globale bénéficiant de financements conséquents, d'aller au-delà des approches préexistantes de structuration de la coordination des acteurs, de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi que de créer de la coordination entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les professionnels des soins primaires. Concrètement, les équipes-projet ont mobilisé plusieurs dizaines de professionnels du territoire d'expérimentation lors de la conception des programmes locaux, puis dans leur mise en œuvre. Les feuilles de route élaborées pour chaque territoire comportent la plupart du temps au moins 40 fiches-actions. Ainsi, expérimenter Paerpa constitue d'abord un défi de pilotage de projet mais aussi de gouvernance locale. Il s'agit ensuite de construire et de mettre en place des dispositifs – innovations organisationnelles, leviers de mobilisation, outils de gestion et informatiques – qui font système.

Paerpa: qui sont les patients inclus

- 2014 ; 9 regions pilotes en France
- Plus de 75 ans, risque élevé de perte d'autonomie:
 - Patients au domicile: fragiles, identifiés par les prescriptions ou l'existence de maladies chroniques
 - hospitalisés: patients admis via les urgences.
 - En institution: tous a priori

Interventions (à la carte)

- Equipes mobiles pour les patients au domicile;
- Répit pour les aidants;
- Outils informatiques pour court circuiter les urgences et avoir une admission directe;
- telemedicine : teleconsultation, plateformes, équipement du domicile pour prévenir les chutes;
- Guichet unique pour les prestations sociales

1. Indicateurs sur l'amélioration de la pertinence du recours à l'hôpital

Améliorer l'organisation en amont de l'hospitalisation

1. Taux d'hospitalisations non programmées en MC (nb de personnes hospitalisées au moins une fois avec la définition ATIH des séjours non programmés) –
Objectif à terme : l'élargir aux personnes qui recourent aux urgences sans hospitalisation ensuite
2. Proportion des résidents d'EHPAD disposant d'un dossier de liaison d'urgence (DLU)
La publication du DLU par la HAS est prévue fin juin 2014. D'ici là, le champ de cet indicateur pourra être élargi aux fiches de liaison.
3. Taux de recours aux urgences des résidents d'EHPAD

Améliorer l'organisation en cours d'hospitalisation et en aval de celle-ci

4. Taux de réhospitalisation à 30 jours en MC
5. Nombre de journées d'hospitalisation/population cible du territoire en MC

2. Indicateurs sur les modalités et les outils de la coordination des parcours

L'implication des professionnels

6. Nombre de professionnels ayant suivi une formation PAERPA ou fléchée PAERPA/nombre de professionnels du territoire

Les outils de la coordination

7. Nombre de professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux disposant d'une messagerie sécurisée intégrée dans l'espace de confiance de l'ASIP Santé/nombre de professionnels du territoire
8. Nombre de PPS ouverts

Les appuis à la coordination

9. Nombre d'appels traités et visites physiques reçues par la coordination territoriale d'appui (CTA)

3. Indicateur sur la diminution du risque iatrogénique

10. Pourcentage de personnes prenant plus de 10 molécules différentes (au moins 3 délivrances dans les 12 derniers mois) des personnes à domicile (hors EHPAD)

Caractéristiques de PAERPA

- Chaque région choisit les actions les plus pertinentes au regard de sa population et de l'offre locale
- Implication politique initiale au plus haut niveau
- Mais contexte politique difficile (syndicats médicaux en conflit avec l'ancienne ministre)
- D'autres initiatives pour des populations proches pilotées par d'autres Directions du ministère de la santé

Dépenses engagées

- Total / region: 500,000€ à 2.5 M€ / an pendant 2 ans
- Coûts d'entrée: formation, IT, hotline 800 k€
- Coûts de fonctionnement
 - Fixes = 2 ETP
 - Variables =
 - MGs =100 €/ personne (plan de soins personnalisé)
 - 2ETPs/1,000 personnes

Bilan en 2016

- 'mitigé'
- L'hôpital reste à l'écart
- Faible mobilisation des médecins libéraux
- Les plateformes de coordination se sont mises en place
- Problème important de gouvernance
- Les incitations financières ne sont pas le plus utile, les professionnels cherchent plutôt l'accès à différents services

document
de *travail*

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE
N° 135 • mai 2017

Évaluation qualitative PAERPA
RAPPORT FINAL

Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut

Commonwealth care alliance

- NE des Etats Unis
- Patients les plus précaires: Medicare + Medicaid
- Coordination des soins liée au paiement par épisode
- Partage de risque entre l'Etat et l'assureur (pendant 3 ans)

Conclusions

- C'est un processus politique:
 - National / régional
 - Professionnel
 - Au sein de l'administration
- Les outils financiers ne règlent pas tout
- L'évaluation du dispositif doit s'attacher à faire ressortir les points positifs (qualitatifs), les gains quantitatifs sont souvent retardés