



—
—
—
—
—
—
—

Expérimentation sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Art 48 LFSS 2013 - PAERPA)

Journée de la gérontologie



SOMMAIRE

— 1 - Le cadre de la démarche au plan national

— 2 - Le projet limousin : exemples d' un
partenariat réussi :

*Assurance Maladie

*Collectivités territoriales

*Usagers

3- Place du PAERPA dans la loi de santé
publique : impact



1 - Le cadre de la démarche au plan national



Le cadre de la démarche au plan national Historique de la démarche

Deux rapports du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2010-2011) ont montré que l'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, ainsi que le recours abusif à l'hospitalisation, sont les causes de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées.

=> **le HCAAM préconise la mise en place de projets pilotes fondés sur une approche par parcours de santé**

« Faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût »

Une intervention du législateur en deux temps :

La **LFSS 2012 (art 70)** a permis de lancer des premières expérimentations sur 11 projets dans 7 régions autour de la prévention et de la sortie d'hôpital

La **LFSS 2013 (art 48)** prévoit un dispositif beaucoup plus ambitieux de projets pilotes sur l'ensemble du parcours de santé des personnes âgées.

Un **comité de pilotage sur le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie** a organisé les réflexions et abouti à un **projet de cahier des charges**.



Les territoires sélectionnés par la Ministre

— Territoires sélectionnés le 22 mai 2013 par la Ministre

5 pour une mise en œuvre en septembre 2013

Centre (territoire du Lochois)

Ile-de-France (territoire parisien)

Lorraine (territoire nancéen)

Midi-Pyrénées (territoire des Hautes-Pyrénées)

Pays-de-la-Loire (territoire mayennais)

3 pour une mise en œuvre début 2014

Aquitaine (territoire de Bordeaux)

Limousin (territoire corrézien)

Nord-Pas-de-Calais (territoire du Valenciennais-Quercitain)

Bourgogne



Objectifs de l'expérimentation PAERPA

Deux objectifs généraux :

- Accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées
- Améliorer, sur un plan collectif, l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées dans une logique de parcours de santé et, sur un plan individuel, la qualité de vie de la PA et celle des aidants

Ces objectifs peuvent se décliner en **trois grandes thématiques** :

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

Des modalités de mise en œuvre s'appuyant sur les dynamiques locales, sur les organisations et les acteurs existants



Principes directeurs PAERPA (1/2)

- Une expérimentation qui s'inscrit dans le cadre de la **stratégie nationale de santé**
- Le dispositif doit concerner **l'ensemble de la population de plus de 75 ans** et l'ensemble des acteurs de la prise en charge
- L'approche doit s'appuyer sur les **dynamiques locales** ainsi que sur les organisations et les acteurs existants
- Le cadre de mise en œuvre des expérimentations est fixé par un **cahier des charges** arrêté par la Ministre
- L'approche doit intégrer les dispositifs, notamment ceux de l'Assurance Maladie, déployés ou en cours de déploiement
- **L'évaluation médico-économique** doit être poursuivie sur le long terme

Approche classique	Approche parcours
Structure	Besoins de la personne (sanitaire, sociaux et médico-sociaux)
Pathologie	

Objectifs

- Meilleure prise en charge
- Meilleure attention portée à l'individu
- Meilleure efficacité



Principes directeurs PAERPA (2/2)

Rappel du cahier des charges

Population cible : +75 ans dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et / ou social

Des outils spécifiques: PPS, annuaire des ressources, **messagerie sécurisée**

Mise en place de plusieurs niveaux de coordination distincts :

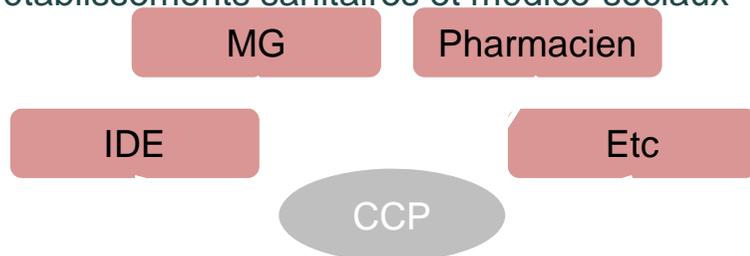
la coordination clinique de proximité (**CCP**)

la coordination territoriale d'appui (**CTA**)

la mobilisation des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, et des acteurs du soins, les professionnels du secteur social et de la coordination

LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITÉ CCP

Objectif : améliorer la prise en charge et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées à la fois en ville, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux



LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI

Objectif : soutenir les professionnels de proximité, les personnes âgées et leurs aidants dans leurs démarches, les informer et les orienter si besoins, Recenser les acteurs de la CCP et activer les expertises nécessaires

Le projet PAERPA n'a pas vocation à instaurer de nouvelles instances. Ainsi, la coordination territoriale d'appui est chargée de s'appuyer sur les ressources existantes du territoire pour assurer ses missions



Les points de rupture identifiés nationalement

- Prévention insuffisante et mal adaptée à la personne âgée , dispersion des actions, peu d'évaluations
- Prise en charge à domicile éclatée, manque de coordination
- Recours à l'hospitalisation en urgence
- Orientation de la personne âgée mal préparée
- Cloisonnement des EHPAD



-
- 1 – Candidature à PAERPA (lettre officielle)
-
- 2 – Projet du territoire sélectionné Basse Corrèze
-
- 3 - Généralisation à la région Limousin



1 – Candidature du Limousin au Projet PAERPA : les arguments

Caractéristiques de la région Limousin

- Région dont la population est **la plus âgée** de France
- **Part des plus de 60 ans** est en moyenne régionale de **30%** contre **23%** au niveau national (chiffres Insee 2012)
- Taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer Limousin au 1er rang des régions : 21.1 (source ORS) pour 1000 habitants de + de 65 ans contre 14.2 au plan national.
- Région rurale, dont l'habitat est dispersé.
- Plus de la moitié ($\frac{1}{2}$) des personnes de plus de 75 ans vivent à la campagne
- dans un cas sur trois ($\frac{1}{3}$), elles sont seules.



1 – Candidature du Limousin au Projet PAERPA : les arguments (suite)

- • **Forte mobilisation des acteurs locaux** qu'il s'agisse des collectivités territoriales, des responsables économiques et sociaux et des professionnels du secteur de la santé au sens large sur la question du vieillissement
- • **Le Limousin une terre d'expérimentation pour l'autonomie des personnes âgées** pour répondre au défi du vieillissement en région
- • **un axe majeur du Projet Régional de Santé.**
- • Quelques exemples :
 - Le projet (ESOPPE)
 - SIRMAD Corrèze téléassistance
 - DOMOCREUSE
 - l' Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV)
 - Autonom lab, pôle d'innovation en santé et autonomie des personnes
- • **La volonté des acteurs de travailler ensemble** et notamment la mobilisation des professionnels du secteur ambulatoire, du secteur sanitaire, médico social et social
- • **et soutien des instances de démocratie sanitaires**



Le territoire sélectionné : La Basse Corrèze



Territoire de proximité (projet 2013)

BASSE CORREZE



- Contour du territoire de proximité (projet 2013)
- Contour du canton
- Nom du canton
- Autre commune du canton



Les leviers de PAERPA

Chantiers nationaux

- 1/ Echanges d'information
- 2/ Déploiement de la télémédecine
- 3/ Formation
- 4/ Cahier des charges : CCP et CTA
- 5/ Une enveloppe dédiée
- 6/ Des prises en charge spécifique
- 7/ Une évaluation médico-économique conduite par l'IRDES



Chantiers nationaux : Les leviers du PAERPA

1/L'échange d'informations

— ■ La transmission d'informations :

- Un besoin identifié par les acteurs
- Un texte prévu par l'article 48,
- Un encadrement strict des transmissions d'informations (destinataires, contenu)
- Travaillée avec les ordres
- Projet soumis au conseil d'Etat

Parution du Décret du 3 décembre 2013 relatif à la transmission des informations strictement nécessaire entre professionnels participant à la prise en charge des PA en risque de perte d'autonomie :

- Fixe la liste des professionnels, sous conditions et obligations déontologiques et réglementaires (charte) et détermine la nature des informations susceptibles d'être transmises en fonction de la catégorie professionnelle,
- Prévoit le consentement exprès de la PA ou de son représentant légal,
- Précise l'importance et l'obligation d'une messagerie sécurisée permettant d'identifier l'émetteur et le receveur.



Les leviers du PAERPA – Chantiers nationaux : systèmes d'information permettant l'échange

▪ La messagerie sécurisée :

Développement d'un système de Messageries Sécurisées de Santé (**MSS**) avec l'ensemble des Ordres professionnels et les organisations professionnelles libérales et hospitalières : porté par l'ASIP

Cible : Tous les acteurs du territoire pilote – ambulatoire, sanitaire, médico-social, et social

Désignation par l'ARS à l'ASIP Santé **des personnes non professionnels de santé habilités**

Objectifs : Echanger les 4 documents de référence (PPS, VMS, DLU, CRH) ou toutes informations jugées utiles pour les besoins de la prise en charge sanitaire et sociale de la PA → logique d'alerte, ciblage des informations à transmettre

- Solution ASIP santé gratuite et accessible à tous les Professionnels de Santé,
- Interopérable avec les autres messageries existantes
- Ouverte aux acteurs sociaux dans les territoires pilotes, sous la responsabilité de l'ARS



Chantiers nationaux

Les leviers du PAERPA

1/ Les outils d'échanges télémédecine

- PPS
- VMS
- DLU
- CRH



Les leviers du PAERPA – Les outils

4 documents de référence dématérialisés structurant le parcours

Plan personnalisé de santé (PPS)

Cible : PA souffrant d'une affection sévère ou présentant une polypathologie

Contenu : Caractéristiques de la situation sociale et sanitaire de la personne

Objectifs : Evaluer la personne (visite à domicile), réaliser un plan d'action avec un volet social et soins, définir des indicateurs de suivi partagés et déterminer une date de réévaluation

Organisation : Piloté par le médecin traitant et mis en œuvre par les professionnels des 3 secteurs → Responsabilité de la coordination clinique de proximité (CCP).

Le PPS-type paru en juillet 2013 élaboré par la HAS

- Support qui peut être adapté par les PS / évolutif
- Formalise l'évaluation et le suivi pluriprofessionnels du patient

Étape suivante : versement dans le DMP

Volet de synthèse médicale (VSM)

- Organisation : Réalisé par le médecin traitant,
- Contenu : Photographie de l'état de santé de la PA (coordonnées, antécédents médicaux, pathologies et principaux résultats d'examens, traitements en cours, facteurs de risques et points d'attention particuliers)
- Objectifs : Document vivant, consultable facilement notamment en cas d'urgences. Il précède le PPS pour les malades complexes



Les leviers du PAERPA – Les outils

— 2/ La télémédecine



- Cible : la PA avec son consentement, les PS et les structures de santé
- Objectifs : favoriser l'accès aux soins, mobiliser et optimiser la ressource médicale, résorber les isolements...
- Organisation : Téléconsultations de proximité (EHPAD, MSP/ Pôles de santé, Accès aux avis spécialisés), Téléstaffs (Expertise pluridisciplinaire dans les situations complexes, Concertations entre acteurs (ex CCP), Télésurveillance (Recueil régulier d'information de surveillance dans le lieu de vie).
- Aide au maintien de l'autonomie (domotique, télé assistance..)

Encourager tout SI aidant à la mobilité, à la planification et à la coordination des acteurs : Tablettes, planning partagé, outils collaboratifs, réseaux ...



Les leviers du PAERPA

3/ La formation

- Enjeu majeur du PAERPA pour assurer une compréhension partagée du modèle organisationnel de parcours
- Cible : Ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées dans le cadre du parcours de santé
- Rédaction en avril 2013 d'un cahier des charges de formation PAERPA, sélection d'un organisme FORMAVENIR
- Thématiques prioritaires :

Modèle organisationnel avec l'ensemble des coordinations et des outils structurant le parcours de santé de la PA,

Identifier les indices de risque de perte d'autonomie et poser le diagnostic de recours à une évaluation et/ou une expertise gériatrique,

En particulier le risque iatrogénique, de dénutrition de chutes et de dépressions

- Education thérapeutique
- Transmission d'informations et SI (structuration, sécurisation,...)
- Identifier les actions d'amélioration, utiliser les outils de liaison
- Mise en situation de transmissions des outils d'évaluation gériatrique standardisée



Les leviers du PAERPA : Cahier des charges

4/ Des outils de coordination et une organisation intégrée

- La coordination clinique de proximité (CCP)
- La coordination territoriale d'appui (CTA)

Les leviers du PAERPA : Cahier des charges des outils de coordination et une organisation intégrée

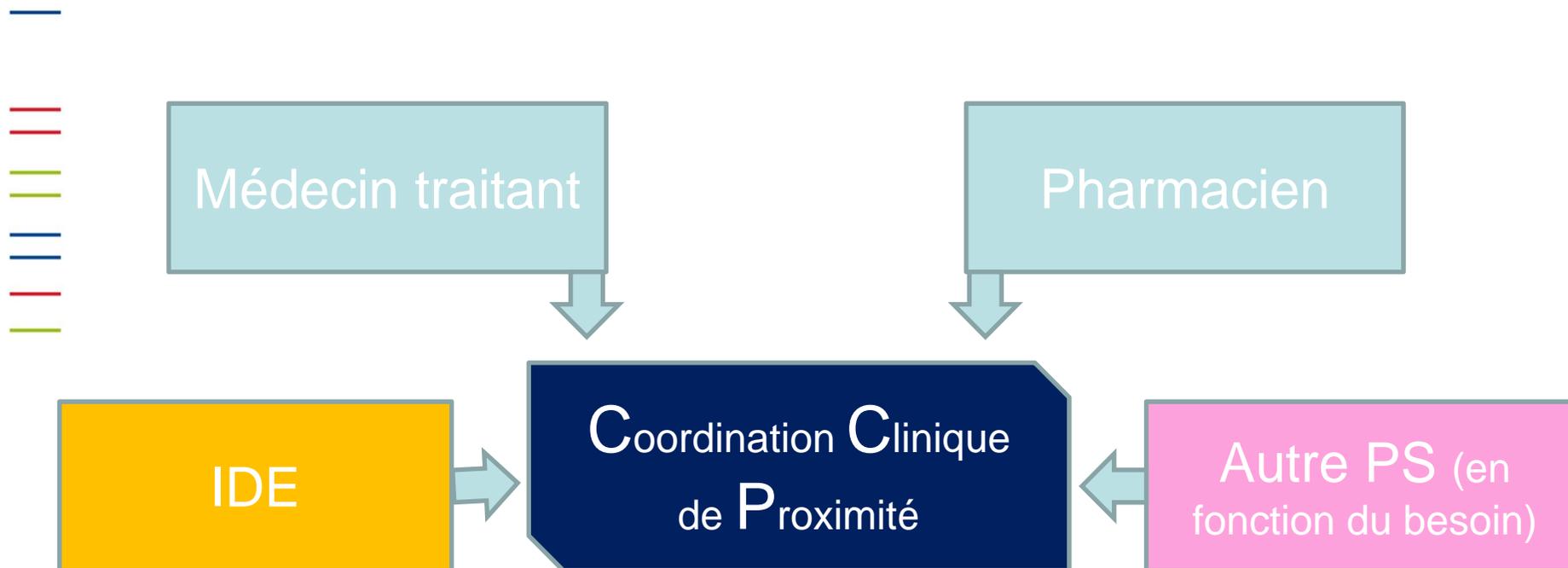
La coordination clinique de proximité (CCP)

- Les professionnels de santé tels que le médecin traitant, l'infirmier, le masseur kinésithérapeute, le pharmacien, coordonnent leurs actions à travers le PPS pour les personnes âgées présentant une maladie sévère ou une poly pathologie



La CCP

coordination clinique de proximité



La coordination d'appui territoriale (CTA)

-Peut être sollicitée par tout professionnel, personne âgée, aidant, institution

▪ Ses missions

-Accueil

-Orientation

- Plate forme de régulation :

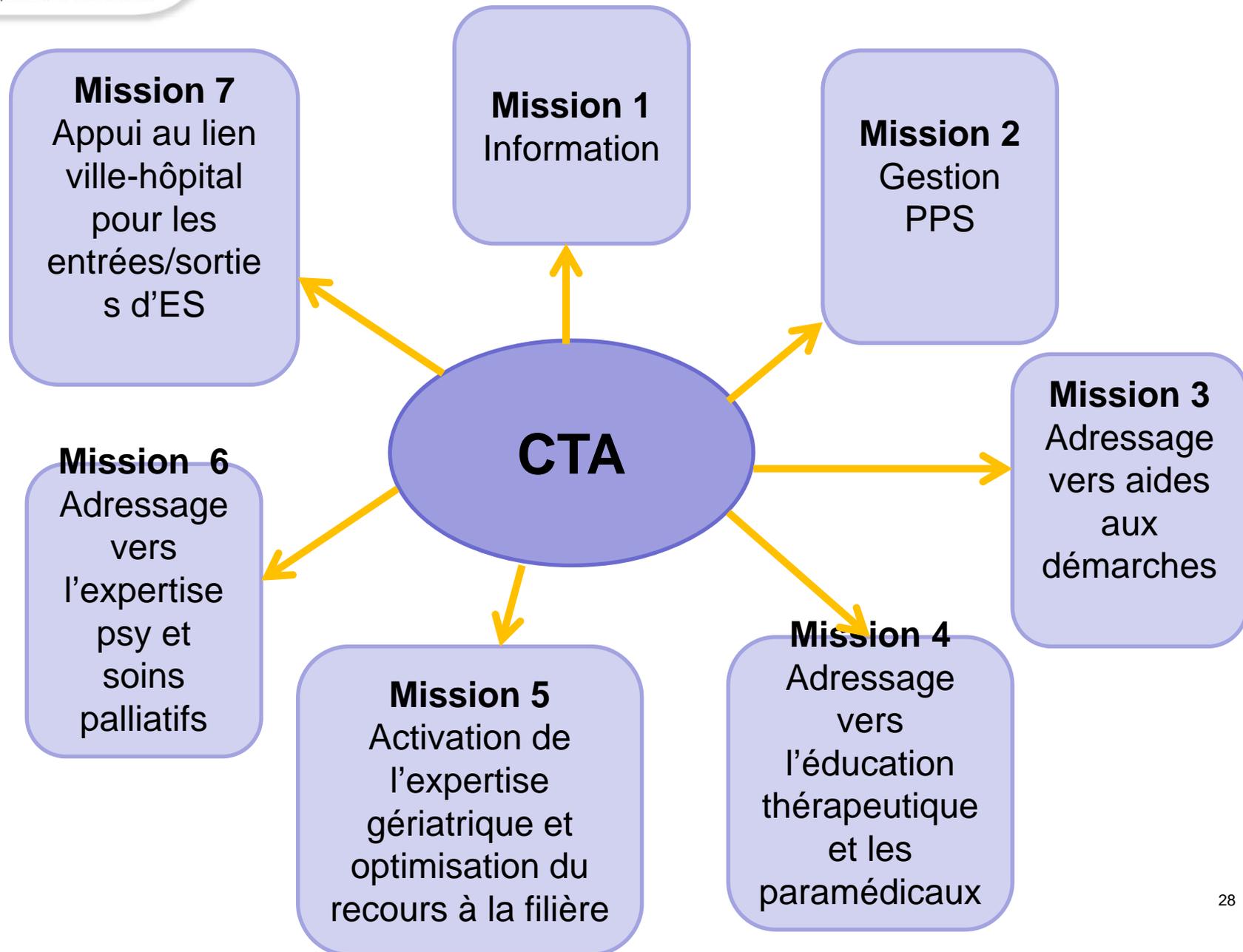
-Déclenchement de l'intervention des équipes mobiles gériatriques ,
psychiatriques ou sociales

-Recensement du PPS

La CTA peut être portée une MAIA, un réseau, une MSP, autres à établir
en fonction du territoire

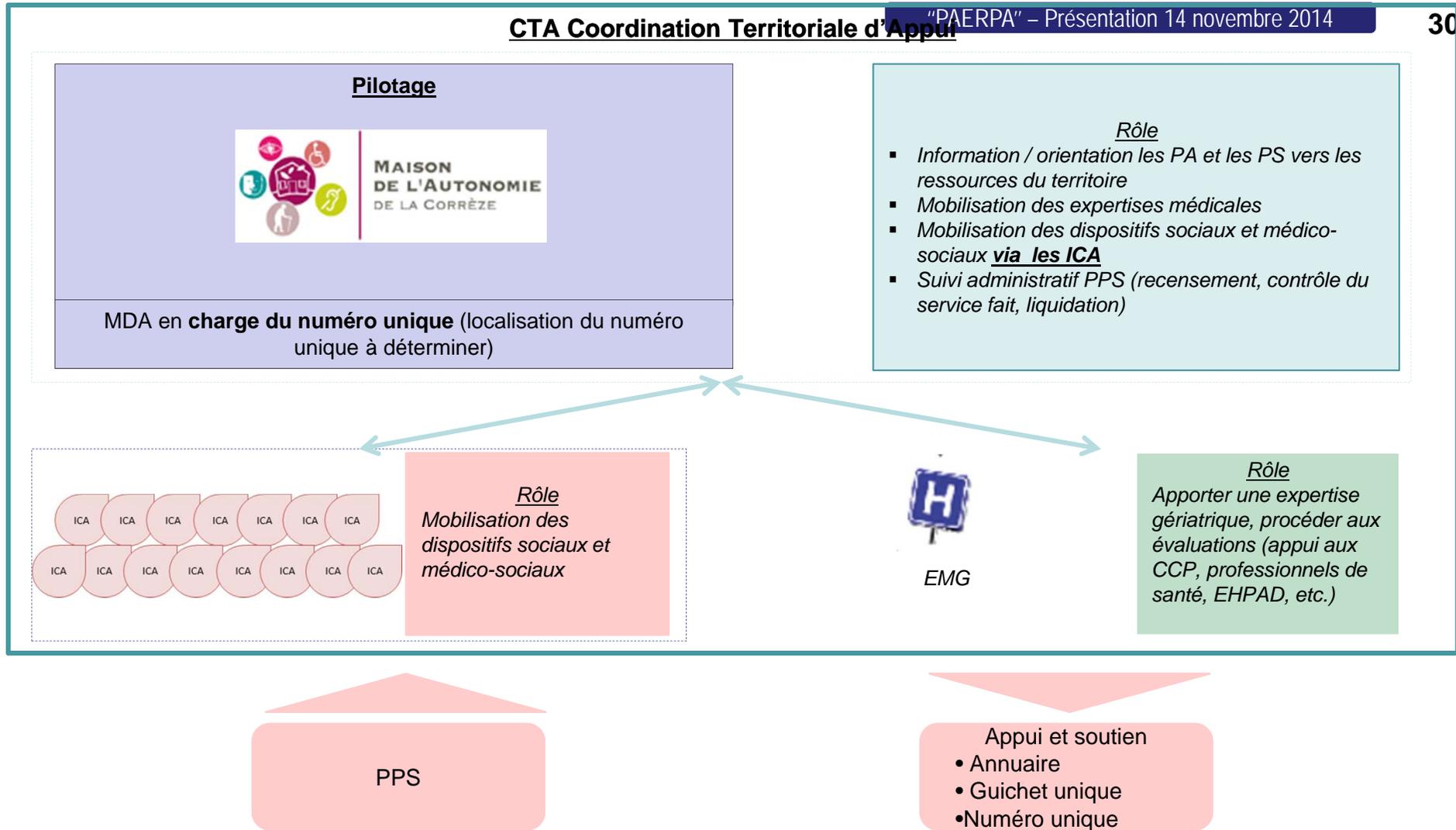
▪Principe de subsidiarité

CONCEVOIR LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI





- PROPOSITION CTA PAERPA
BASSE CORREZE



CCP Coordination Clinique de Proximité

Acteurs

- Professionnels libéraux regroupés en MSP
- Professionnels libéraux de santé isolés

Rôles

- Formaliser la mobilisation des professionnels de santé au plus près de la PA et au plus tôt dans le parcours (soutenir autant que possible la PA à domicile et limiter son recours inapproprié à l'hôpital en urgence)
- Elaborer le PPS
- Assurer la mise à jour du PPS

Les leviers du PAERPA

5/ Une enveloppe dédiée

L'expérimentation doit en priorité s'appuyer sur les financements et les prestations des dispositifs de politiques publiques existants financés ou non par l'ARS → **Le principe de subsidiarité est la règle**

Dotation spécifique fléchée au sein du Fonds d'Intervention Régional (FIR) sur la base d'une modélisation nationale des coûts

Prestations dérogatoires du droit commun

Déploiement des outils dédiés,

Complément des organisations existantes pour favoriser la cohérence du parcours

Définition de certaines prestations dans le cadre de négociations nationales conventionnelles (6)

Equilibre financier du modèle organisationnel et économique obligatoire → La synergie liée à la mise en place du parcours de santé doit engendrer à terme des gains d'efficience

Les leviers du PAERPA

6/ les prises en charge spécifiques prévues

Définition de certaines prestations dans le cadre de négociations nationales conventionnelles

*Rémunération du PPS

*Hébergement temporaire

*Aide- ménagère au retour à domicile pendant 8 jours après hospitalisation

*IDE astreintes en EHPAD

Les leviers du PAERPA

7/ L'évaluation

Comité national d'évaluation du PAERPA – DREES

Maîtrise d'œuvre : IRDES

Méthodologie nationale s'appuyant sur :

Des territoires témoins,

Une analyse médico-économique des PA de + 75 ans vivant sur le territoire,

Des indicateurs de processus, de consommation de soins, d'état de santé, de pratiques clinique et de qualité de soins, financiers, de satisfaction du patient et des professionnels

Les leviers du PAERPA

Engagements des acteurs

Engagement sur la durée (3 ans)

Signature d'une lettre d'engagement des principaux acteurs,

Signature d'une convention de mise en œuvre de l'expérimentation avec un plan d'actions précis

Engagement de faire évoluer les outils par les PS pour être en capacité de produire les 4 documents de référence



PHASE OPERATIONNELLE



- La méthodologie :
 - diagnostic territorial
 - Premiers constats
 - Les axes de travail

- La gouvernance

- Le calendrier



Méthodologie

1/Elaborer le diagnostic territorial

- Accompagnement de l'agence nationale de l'aide à la performance (ANAP)
- Analyse des données disponibles à l' ARS, Caisses d'Assurance Maladie, CG, INSEE
- rencontre avec certains professionnels de santé du territoire
- organisation spécifique à mettre en place : comité d'expert exposé dans la gouvernance

L'analyse de la population porte sur 4 axes

1. Analyse démographique

Estimations de la population âgée actuelle par tranche d'âge et par sexe sur le territoire d'analyse et projections à 10 ans

2. Analyse de la situation sociale et économique

Estimations des personnes âgées vivant à domicile ou en institution / seule ou en couple / sur le territoire d'analyse

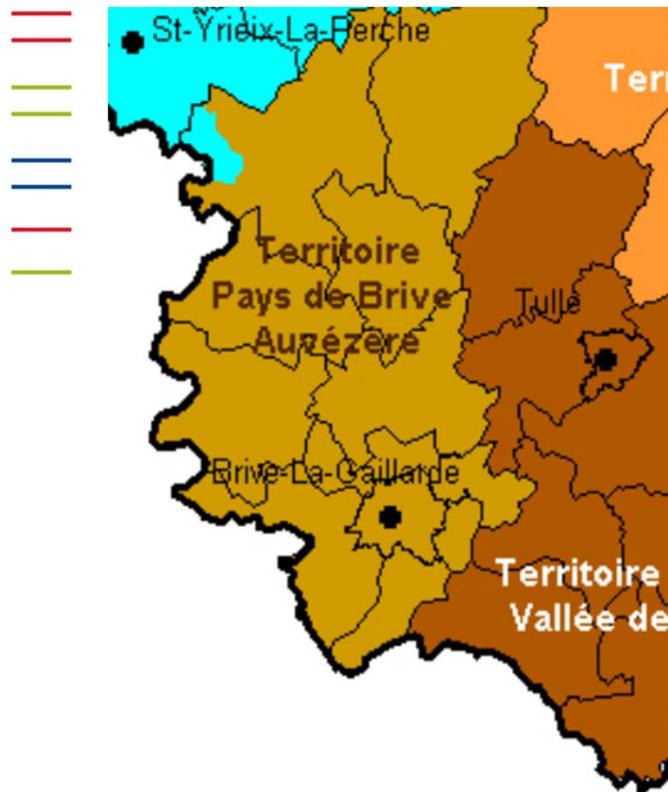
3. Analyse de l'état de santé

Analyse de l'état de santé des personnes âgées avec une attention particulière sur la prévalence des maladies chroniques et des poly pathologies

4. Analyse de la dépendance

Estimations de la population âgée dépendante actuelle sur le territoire d'analyse et projections à 10 ans

Présentation du contexte territorial



Ce territoire occupe le quart sud-est du département de la Corrèze, avec une logique frontalière forte : région Aquitaine (Dordogne) et Midi-Pyrénées (Lot).
Forte attractivité

Il s'agit du deuxième des 11 territoires de la région en termes de population : **130 627 habitants en 2013**,
soit 51% de la population du département
et 17% de la population régionale.

Nombre de personnes de plus de 75 ans sur le territoire : 16 669 soit 12,8% de la population du territoire



Méthodologie

Cartographie de l'offre

Objectif décrire quantitativement et qualitativement les acteurs du parcours

- Premier recours
- Secteur hospitalier
- Secteur médico social
- Secteur social



Cartographie de l'offre : Premier recours

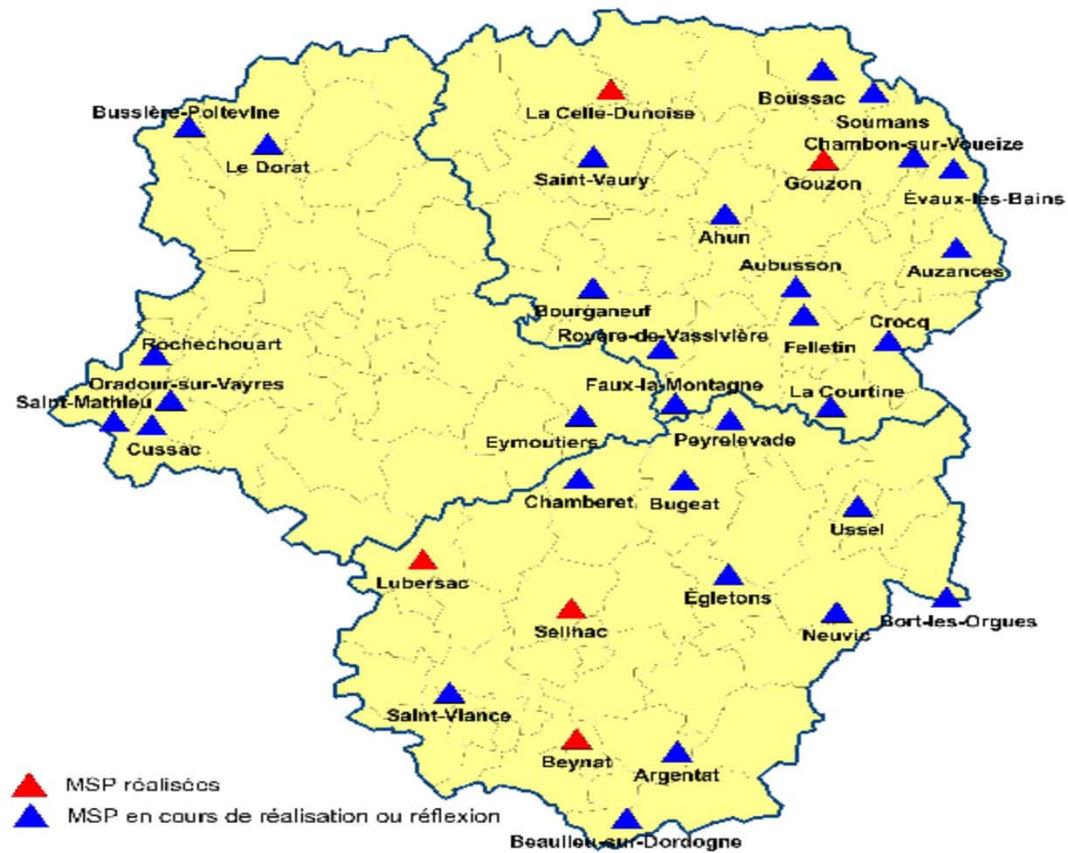
- ■ Bonne densité médicale : au dessus de la moyenne nationale : environ 140 MG sur le territoire
- ■ Mais de forts écarts existent entre cantons : forte densité sur Brive (ou Lubersac) mais plus faible sur la plupart des autres cantons, particulièrement Juillac Donzenac ou Larche
- ■ Fin 2012, 45% des médecins généralistes du territoire de proximité sont âgés d'au moins 55 ans et 21% d'au moins 60 ans (respectivement 47% et 22% en Limousin).
- ■ L'offre en médecins spécialistes est importante : 136 libéraux dont 132 exercent à Brive).
- ■ Densité IDE supérieure à la moyenne nationale Près de 37% des infirmiers exercent sur la commune de Brive.
- ■ Densité MK dans la moyenne, tendance inférieure, disparité entre les cantons
- ■ Densité dentistes inférieur ou égale à la moyenne disparité entre les cantons
- ■ Quelques MSP (Lubersac, Beynat, Meyssac)



Mars 2013

LES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES LIMOUSIN

Réalisations et projets – Mars 2013





Cartographie de l'offre secteur hospitalier

■ Centre hospitalier de Brive

592 places

- Filière gériatrique complète

- fédération de gériatrie
- Court séjour gériatrique
- SSR G
- UCC
- USLD : 33 lits
- EHPAD 47 lits
- EMG intra et extra hospitalier
- équipe mobile psycho gériatrique et fonctionnel, Dotée d'une compétence de rééducation fonctionnelle
- Plate forme de répit

- Offre en santé mentale :

42 places d'hospitalisation complète , 35 places d'accueil de jour

■ Clinique les Cèdres, clinique St Germain

■ HAD



Cartographie de l'offre secteur médico-social EHPAD

- Un maillage territorial globalement satisfaisant
- 47 établissements, 3 404 places
- Statut public des EHPAD à 86,6 %
- Une tendance à la concentration des besoins sur le secteur de Brive
- Liste d'attente
- Intervention de nombreux médecins libéraux
- Moyenne d'âge: 85,39 ans.
- Répartition de GIR 1 et 2 à 53 % (contre 46,1 % en moyenne régionale)



Cartographie de l'offre secteur médico-social SSIAD

- 7 SSIAD sont répartis sur le territoire : Allassac, Arnac-Pompadour, Mansac, Objat, Uzerche et 2 sur Brive.
- 8 établissements sur le territoire avec des lits dédiés aux malades Alzheimer,
 - 3 PASA à Allassac, Vigeois et Uzerche,
 - une unité d'hébergement renforcé (UHR) et,
 - une unité cognitivo comportementale (UCC) à Brive.
 - Une ESA CCAS de Brive



Cartographie de l'offre secteur médico-social SAAD

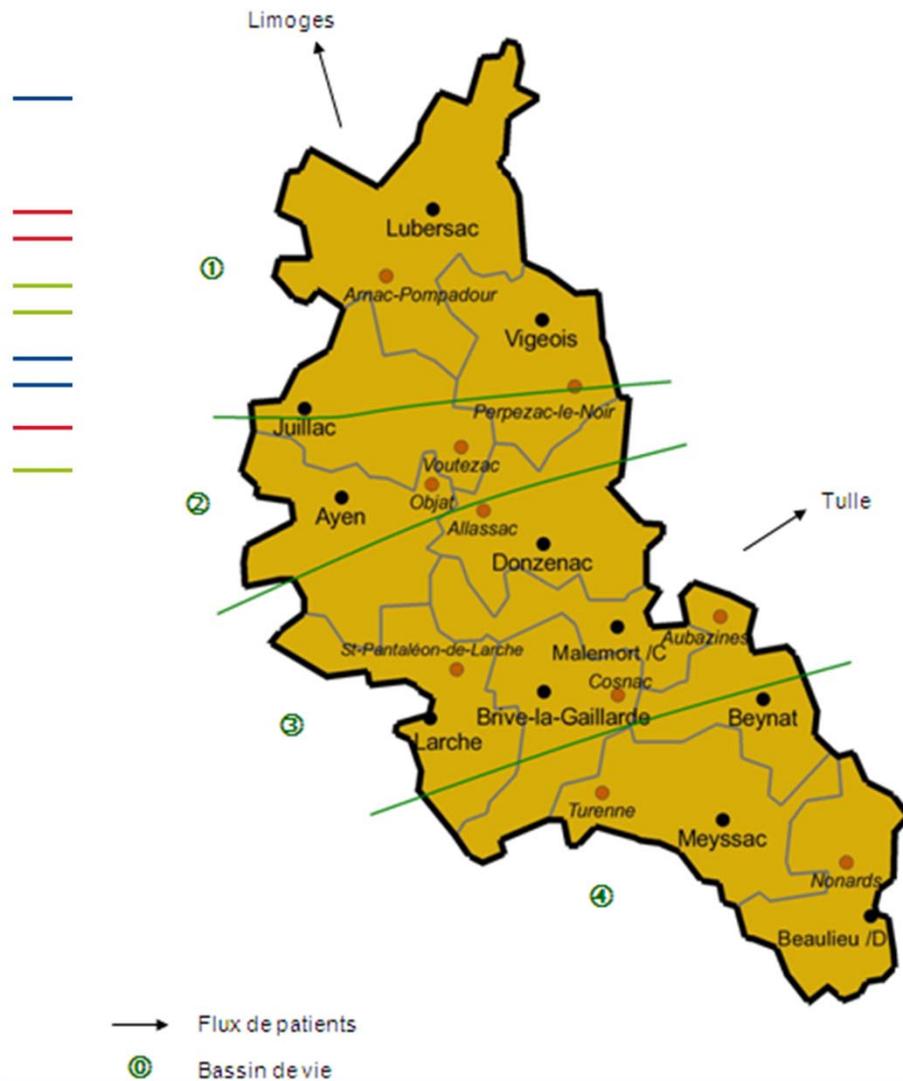


Principales associations

- ADMR
- A domicile Corrèze
- Multiples autres intervenants : CCAS

Bon maillage des instances (ICG) instances de
coordination gérontologiques

Cartographie des flux : parcours du patient ou du résident sur le territoire



- Configuration de l'offre très différente (MSP, existence d'un SSIAD, relations inter personnels entre les différents acteurs)
- Analyse PMSI pour analyser le recours hospitalier
- Analyse des bases Assurance Maladie pour analyser le recours ambulatoire
- Flux très variable sur le territoire
- Proposition : Découper le territoire de basse Corrèze en micro territoires

Autres éléments déterminants du diagnostic territoire de Basse Corrèze

- Recours hôpital de BRIVE : 20 PA par jour en moyenne aux urgences
- Part de l'activité gériatrique en 2012 : 20% avec une évolution entre 2011 et 2012 à+ 8,3% - Source ORULIM
- Hospitalisation après passage aux urgences : 45% ont + de 75 ans
- Motifs principaux : insuffisances cardiaques, infection broncho pulmonaires, AVC, Traumatologie : 44% des entrées pour motif traumatologie concerne les PA de plus de 75 ans
- Poids des séjours hospitaliers des PA de plus de 75 ans : 29% CH de BRIVE légèrement inférieur aux autres établissements de la région et du département
- Taux ALD plus élevé en Corrèze que dans le reste du Limousin, concerne en particulier les pathologies cardiovasculaire, les AVC,
- à noter une surmortalité en termes de maladies vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque et cancer colo-rectal
- Part des APA à domicile en fonction des GIR : 47% des APA concerne les GIR 1 et 2
- Foyers isolés : 40% de la population de plus de 75 ans sur ce territoire – Source INSEE
- 24% des ménages de plus de 75 ans n'ont pas de véhicule – Source INSEE



Cartographie des points de rupture



Les points de rupture identifiés nationalement

- Prévention insuffisante et mal adaptée à la personne âgée
- Prise en charge à domicile éclatée, manque de coordination
- Recours à l'hospitalisation en urgence
- Orientation de la personne âgée mal préparée
- Cloisonnement des EHPAD



Les points de rupture pressentis sur le territoire PAERPA corrézien

- Méconnaissance de l'offre
- Prévention insuffisante et mal adaptée à la personne âgée
- Orientation de la personne âgée mal préparée
- Renoncement aux soins et recours hospitalier en dernière extrémité, Personne âgée en perte d'autonomie déjà installée, mais non repérée
- pas d'accès facile à l'expertise gériatrique : Recours à l'hospitalisation en urgence
- Pas de réactivité des SAAD
- Absence de réactivité à domicile pour la mise en place d'aides à domicile en cas de chute ou d'événement remettant en cause le maintien à domicile
- Hétérogénéité des compétences des aides à domicile
- SSIAD : liste d'attente, glissement de tâches de SSIAD à SAAD
- Demande des généralistes ; troubles du comportement à domicile, gestion de la crise à domicile



- LES AXES DE TRAVAIL dans le cadre
 - - des objectifs de PAERPA et
 - - des points de rupture déjà identifiés
- Compléter le diagnostic avec les partenaires et les acteurs du terrain

Démarche déjà engagée avec :

- les praticiens hospitaliers
- les URPS
- les caisses d'Assurance Maladie
- le Conseil Général



—
—
—
—
—
—
—

PAERPA un levier d'une réforme plus
profonde à venir ?



FIR et fongibilité
Enveloppes
Texte sur les 1%

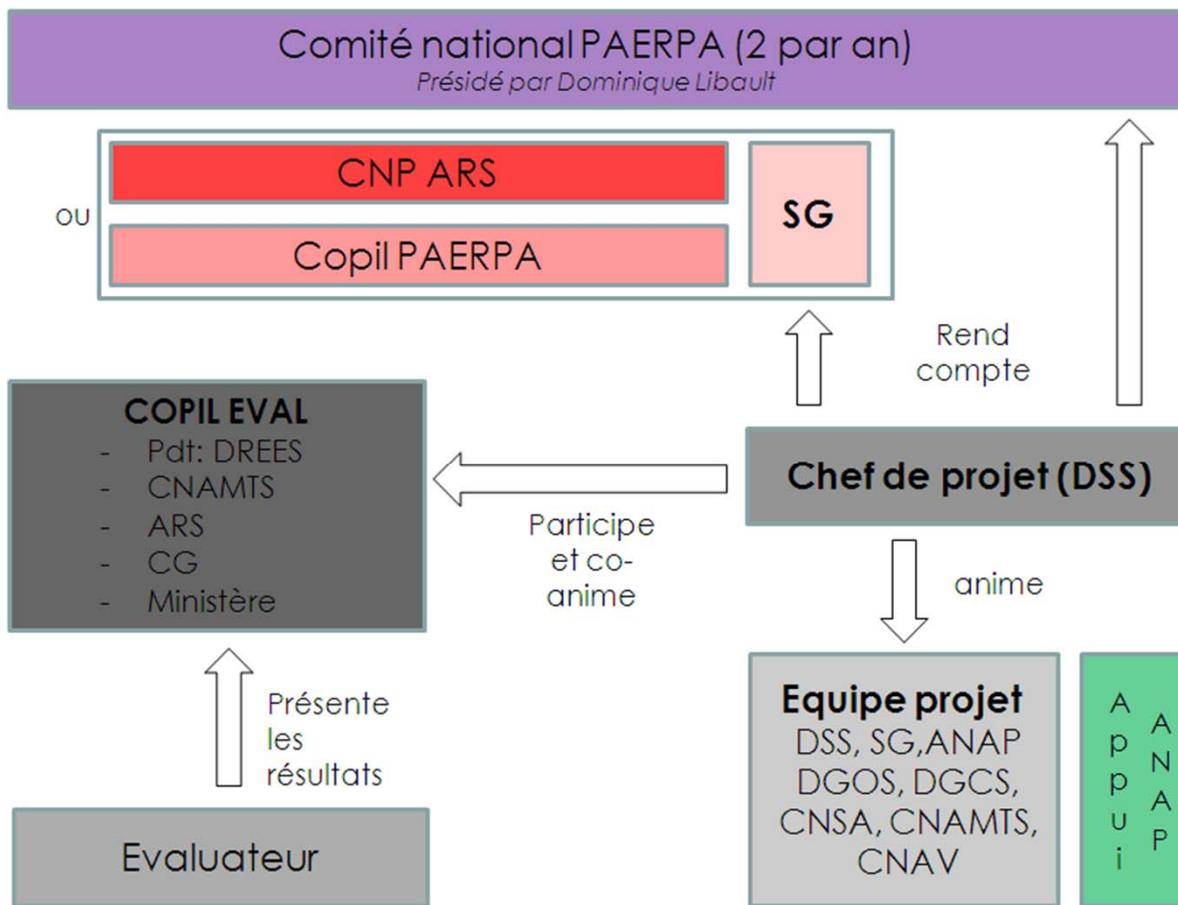


— La gouvernance

- ■ nationale
- ■ du projet
- ■ de proximité



La gouvernance NATIONALE





Le comité de pilotage

— Composition

- Cf diapo suivante

— Missions

- Un comité de pilotage régional instance de décisions sur proposition du conseil d'experts
- À l'intérieur de ce COPIL, un bureau qui a pour mission
 - De décider des pistes de travail à proposer au conseil d'experts
 - De fixer l'ordre du jour du comité de pilotage



Le comité de pilotage

Composition

- Monsieur le Député, Maire de Brive
- Madame la Députée de Corrèze
- Monsieur le Président du Conseil Régional
- Monsieur le Président du Conseil Général de la Corrèze
- Monsieur le Président du Conseil Général de la Creuse
- Madame la Présidente du Conseil Général de la Haute Vienne
- Madame la Présidente de l'Université
- Monsieur de Président de la CRSA
- Monsieur le Directeur Général du CHU
- Monsieur le Professeur Thierry DANTOINE, Chef de service de gériatrie, C.H.U. de Limoges
- Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Brive
- Madame le Docteur GOURDEAU NAUCHE C.H BRIVE
- Madame la Directrice de la CARSAT
- Monsieur le Directeur de la MSA
- Monsieur le Directeur de la RSI
- Monsieur le Directeur de la C.P.A.M de la Creuse
- Madame la Directrice de la C.P.A.M de la Corrèze
- Monsieur le Directeur de la C.P.A.M de la Haute Vienne
- Monsieur le Directeur de la Mutualité



Le comité de pilotage

Composition (suite)

- Mesdames, Messieurs les représentants des fédérations :
- Fédération Hospitalière de France (FHF)
- Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Fédération des Hôpitaux Privés (FHP)
- Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées (SYNERPA)
- Monsieur le Président de l'Association des médecins coordonateurs
- Monsieur le président du Conseil de l'Ordre des médecins
- Monsieur le Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
- Monsieur le Président de l'Union des pharmaciens
- Monsieur le Président de l'Association des SSIAD 19
- Monsieur le Président de l'association ADAPAC
- Monsieur le Président de l'association ADMR
- Monsieur le Responsable du GESAP
- Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre des Infirmiers
- Monsieur le Président du Collectif Inter Associatif Santé Social
- Monsieur le représentant de l'association France Alzheimer 19

A vertical stack of seven horizontal lines in blue, red, green, blue, red, and green colors is positioned on the left side of the slide.

Les financements le modèle économique du PAERPA



Sept postes de financement

- Rémunération des professionnels de santé : ensemble des rémunérations pour la constitution et le suivi des PPS par les professionnels de santé (MG, IDE, pharmacien, autres paramédicaux), ETP
- Organisation (fonctionnement de la CTA)
- Prises en charge spécifiques prévues dans le cahier des charges
- Systèmes d'information (messagerie sécurisée, DMP-compatibilité, etc.)
- Formation (OGDPC)
- Evaluation (IRDES)
- Accompagnement (appui des ARS par l'ANAP)



Principes de financement du PAERPA

la mise en œuvre du cahier des charges
trois enveloppes selon le niveau de cadrage
la subsidiarité des fonds alloués

— **≈ 1M€***
— *Pour 265 000 hab (taille moyenne des territoires expérimentateurs)

— **≈ 2,9M€***

— **≈ 390 k€***
— Au max 10% enveloppe totale

FIR PAERPA	
Financements déterminés et fléchés nationalement	
Rémunération de l'élaboration et du suivi des PPS Rémunération de l'ETP	
Financements cadrés nationalement / souplesse d'utilisation de l'enveloppe	
Aspects humains et logistiques de la CTA et de la CCP Déploiement de SI Astreintes infirmières en EHPAD Télé médecine Hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hôpital Financement d'aide à domicile dans le cas de sorties d'hôpital Evaluation gériatrique à l'hôpital/organisation du parcours intrahospitalier	
Financements locaux	
Calculés en fonction du diagnostic territorial et des actions proposées.	

En subsidiarité avec les financements déjà existants (FIR, article 70, ENMR)

Autres sources de financements	
ASIP santé	Mise à disposition d'une Messagerie sécurisée
OGDPC	Formation des professionnels dans le cadre de la démarche expérimentale (conception et mise en place des programmes, indemnisation des professionnels)
ANAP	Appui des ARS au pilotage et au suivi du dispositif
FICQS national	évaluation
ARS	Pilotage et suivi du projet



Les conditions de l'évaluation de l'expérimentation

■ Deux axes

- Indicateurs de processus (effectivité et qualité du service rendu, adhésion des professionnels, des structures sanitaires et sociales et des patients sur les organisations déployées)
- Indicateurs médico économiques
 - Indicateurs de consommation de soins
 - Indicateurs financiers



Le choix des indicateurs

- ■ Taux d'hospitalisation non programmées en MC
- ■ Proportion des résidents d'EHPAD disposant de dossier de liaison d'urgence
- ■ Taux de recours aux urgences de résidents d'EHPAD
- ■ Taux de ré hospitalisation toute cause à 30 jours en MC
- ■ Nombre de journées d'hospitalisation : population cible du territoire en MC
- ■ Nombre de professionnels ayant suivi une formation PAERPA
- ■ Nombre de médecins traitants ayant rempli au moins X PPS dans l'année
- ■ Nombre de personnels de santé disposant d'une messagerie sécurisée
- ■ Nombre d'appels reçus à la régulation



LES LEVIERS POLITIQUES

- LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE
- LA LOI DE SANTE PUBLIQUE

A vertical stack of seven horizontal lines in blue, red, red, green, blue, red, and green from top to bottom.

LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE



— LA LOI DE SANTE PUBLIQUE

— 4 grands domaines

— Prevention

— Service de proximité

— Innovation

Nouvelle gouvernance :

* AM

* Démocratie sanitaire



-
-
-
-
-
-
-
- LA LOI DE SANTE PUBLIQUE
 - Mettre la prévention au cœur du dispositif
 - Lutter contre les inégalités de santé
 - Proximité : service de santé de proximité : STS service territorial de santé
 - Creation d'un référent parcours ?



- Proximité : service de santé de proximité : STS service territorial de santé
 - 5 domaines
 - Soins de proximité (voir la déf)
 - PDSA
 - Accessibilités aux soins pour les personnes handicapés
 - Santé mentale
 - La prévention
- Organisation des soins primaires
- Création d'un référent parcours ?



- Proximité : service de santé de proximité : STS service territorial de santé
 - 5 domaines
 - Soins de proximité (voir la déf)
 - PDSA
 - Accessibilités aux soins pour les personnes handicapés
 - Santé mentale
 - La prévention
- Organisation des soins primaires
- Création d'un référent parcours ?



Service de santé de proximité : STS service territorial de santé

- Impact sur le plan financier et modèle tarifaire
- ARS liberté de réorienter des enveloppes financières quelque soit le secteur si le projet proposé concourt au STS
- Rôle accru de l' AM via l'aide à la complémentaire en sus de la CMU

- Proximité : service de santé de proximité : STS service territorial de santé
- Accessibilité aux soins : ré organisation des établissements sanitaires publics et privés
- Impact sur le financement et en particulier élaboration d'un financement au parcours
- Investissement en santé



- Merci de votre attention
- Echanges