



Master 2

**Pilotage des politiques et actions en
santé publique**

Promotion : **2015-2016**

**Evaluation du projet PAERPA sur le
territoire d'expérimentation de la ville
de Bordeaux**

Estelle Brémaud

Soutenu le 19 septembre 2016

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Mme Brigitte Geoffroy pour son accompagnement, sa confiance et pour sa transmission de savoirs qui m'ont personnellement enrichie.

Je remercie également Mme Marie-Aline Bloch pour m'avoir suivi dans la rédaction de ce mémoire.

Merci à Mr Campéon et aux professeurs de l'EHESP pour la transmission des connaissances tout au long de l'année.

Je souhaite également remercier tous les professionnels de la Plateforme autonomie seniors pour avoir coopéré dans la démarche d'évaluation.

Plus largement, merci aux différents partenaires de PAERPA.

Je remercie très sincèrement les professionnels de l'Agence régionale de santé et notamment ceux de la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie qui m'ont accueillie avec beaucoup de sympathie.

Merci aussi à mes amis internes de santé publique qui ont facilité mon intégration au sein de cette agence et dans la ville de Bordeaux.

« Tout âge porte ses fruits, il faut savoir les cueillir. »

Le Bal du comte d'Orgel, 1924

Raymond Radiguet

Sommaire

Introduction.....	8
1 Contextualisation.....	11
1.1 Présentation de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	11
1.1.1 L'organisation et la réorganisation	11
1.1.2 Les missions	12
1.1.3 L'intégration de mon stage sur le projet PAERPA	13
1.2 Diagnostic territorial et populationnel	14
1.2.1 Diagnostic populationnel relatif aux personnes âgées :.....	14
1.2.2 Diagnostic territorial concernant l'offre de santé :.....	17
1.2.3 Articulation Contrat Local de Santé - PAERPA :.....	19
2 Le projet PAERPA.....	21
2.1 Genèse du projet PAERPA	21
2.1.1 L'impulsion nationale :	21
2.1.2 Organisation du projet PAERPA Bordeaux :.....	22
2.1.3 Autres territoires PAERPA de la région ALPC et extension :.....	23
2.2 Description et analyse des dispositifs PAERPA	24
2.2.1 La Plateforme autonomie seniors (CTA).....	25
2.2.2 Les Plans Personnalisés de Santé (PPS) et les Coordinations Cliniques de Proximité (CCP)	26
2.2.3 L'astreinte des soins infirmiers libéraux de nuit	28
2.2.4 L'astreinte des soins infirmiers de nuit en EHPAD.....	29
2.2.5 L'hébergement relais en urgence en EHPAD	29
2.2.6 L'Unité d'Evaluation Gériatrique pluri-professionnelle dans la cité : .	30

Estelle Brénaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes - 2015-2016

2.2.7	L'EHPAD hors les murs Villa Pia :	30
2.2.8	L'équipe de Soutien des Aidants au Domicile (ESAD).....	31
2.2.9	L'Equipe Urgences Nuit (EUN)	32
2.2.10	Les médicaments : sécurité et observance	32
2.2.11	Le système d'information.....	33
2.2.12	La Télémédecine en EHPAD.....	35
2.2.13	Le repérage des troubles de l'équilibre : prévenir les risques de chutes chez la personne âgée	35
2.2.14	L'organisation de bilans de podologie en EHPAD : maintien et/ou remise à la marche.....	36
2.2.15	La communication	36
3	Évaluation du projet PAERPA Bordeaux.....	37
3.1	Méthodologie de l'évaluation	37
3.1.1	Point sur l'évaluation des projets PAERPA.....	37
3.1.2	Évaluation du PAERPA – ISPED.....	40
3.1.3	Recueil des données pour l'enquête qualitative	41
3.2	Résultats	44
3.2.1	Les médecins :.....	44
3.2.2	Les professionnels du social :.....	51
3.2.3	Les professionnels de santé :	55
3.2.4	La CTA :	59
3.2.5	L'entourage de la personne âgée :	65
3.2.6	La personne âgée :.....	67
3.3	Perspectives et analyse	70
3.3.1	Le maintien à domicile	70
3.3.2	Les plateformes territoriales d'appui	74
3.3.3	Les conditions de réussite de projet	75
	Conclusion.....	80

Liste des sigles utilisés.....	83
Bibliographie.....	89
Liste des annexes	I
1. Cartographie des territoires PAERPA.....	I
2. Organisation géographique de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes..	II
3. Organigramme de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-charentes.....	III
4. Présentation d'un plan personnalisé de santé	IV
5. Présentation de l'outil PAACO-globule	VI
6. Questionnaires d'évaluation.....	IX
7. Recommandations de la Cour des comptes pour mieux piloter les politiques et cibler les aides	XXV

Introduction

En 2015, en France, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient plus de 9% de la population. Selon les projections de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), elles devraient atteindre 16% en 2050, soit une augmentation de presque 77% en 35 ans¹. L'allongement de l'espérance de vie, qui se traduit par un vieillissement continu de la population et une augmentation des maladies chroniques, nécessite des adaptations du système de santé.

Alors que nous nous situons dans un environnement financier contraint et que l'on connaît la part que représentent les personnes âgées de plus de 75 ans en dépenses de santé, soit plus de la moitié, il est important de raisonner en terme d'efficacité du parcours de santé des personnes âgées. La notion de « parcours » signifie « faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, et le tout au meilleur coût »². La multiplicité des acteurs qui interviennent auprès de cette catégorie de population fragile de plus de 75 ans, rend nécessaire une approche innovante et intégrée.

Suite à ce constat, l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2013 a prévu des expérimentations relatives au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Ce projet s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé impulsée en 2012 dans un double objectif d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et d'efficacité des soins. Les expérimentations PAERPA ont été lancées dans neuf territoires pilotes sélectionnés par la ministre des Affaires sociales et de la santé et des droits des femmes en 2014. La ville de Bordeaux a notamment été retenue en tant que territoire d'expérimentation.

Le projet a pour objectif d'organiser un parcours de santé fluide pour les personnes âgées de plus de 75 ans. En effet, il vise en particulier à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la

¹ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320

² http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes - 2015-2016

coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux³.

La durée d'expérimentation des territoires PAERPA est de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2013. Au vu des résultats de l'évaluation des projets, ces expérimentations pourront être généralisées à l'ensemble du territoire français. D'ores et déjà, des extensions du dispositif PAERPA ont été lancées sur l'ensemble des régions en 2016, ce qui marque une première étape vers la potentielle généralisation des parcours pilotes.⁴ (cf. annexe n°1).

Nous nous intéresserons plus particulièrement au projet PAERPA développé sur le territoire de la ville de Bordeaux, site pilote, et à son évaluation.

L'évaluation « vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts. L'évaluation contribue ainsi à rationaliser la prise de décision publique, à moderniser la gestion de l'administration et des services publics et à rendre plus efficace la dépense publique ».⁵

En ce sens, l'objet de ce mémoire portera sur l'évaluation du projet PAERPA à Bordeaux et plus spécifiquement sur les critères de pertinence⁶ et d'efficacité⁷. Pour juger cela, l'évaluation consistera à collecter les retours d'usages des professionnels de santé, du social et du médico-social ainsi que des personnes âgées et de leurs proches sur les dispositifs du projet PAERPA, et en particulier sur la coordination territoriale d'appui nommée « Plateforme autonomie seniors ». Ainsi, cette évaluation sera de type intermédiaire car elle vise à apprécier la mise en œuvre d'une intervention en cours et proposera des actions correctrices.⁸

Les partenaires du projet PAERPA recensent quotidiennement de nombreux indicateurs quant à leurs fonctionnements (nombre d'appels téléphoniques, motifs

³ <http://www.paerpa-paris.com/le-paerpa/quest-ce-que-le-paerpa>

⁴ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc_extension_paerpa.pdf

⁵ <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PRSP.pdf>

⁶ La pertinence interroge l'adéquation entre la nature du problème à résoudre et le type d'intervention mise en œuvre. (L'évaluation de l'action publique dans le domaine de la santé, Françoise Jabot)

⁷ Ce critère apprécie la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les effets obtenus aux effets attendus, ces effets étant imputables à cette intervention. (L'évaluation de l'action publique dans le domaine de la santé, Françoise Jabot)

⁸ <http://educationsante.be/article/des-mots-pour-parler-devaluation/>

d'appels, nombre de plans personnalisés de santé (PPS)...). Cependant, ces chiffres ne reflètent pas toujours leurs activités et, surtout, la qualité et la plus-value apportées par ces projets aux personnes âgées, aux aidants, aux professionnels de santé et du social qui doivent être analysées. Comme évoqué dans le Cahier des Charges d'évaluation du projet PAERPA : « L'évaluation de la qualité de vie et de la satisfaction des patients et/ou des aidants relève de méthodes spécifiques et nécessite une interrogation directe des personnes bénéficiant des dispositifs PAERPA. Les outils de la mesure (questionnaires, indicateurs) comme les méthodes de recueil (enquête aléatoire ou ciblée, recueil par entretien téléphonique, face à face ou postal) devront faire l'objet d'une réflexion méthodologique propre ».

Quelle est la plus-value de la Plateforme autonomie seniors pour les personnes âgées et leurs proches ? Répond-elle aux besoins des professionnels de santé, du social et du médico-social ? Quelles sont les conditions pour réussir un projet expérimental ? C'est à ces questions que l'évaluation tentera de répondre. En effet, dans un premier temps, sera exposé le contexte de l'offre de santé et populationnel de la ville de Bordeaux. Puis, dans une deuxième partie, seront analysés les différents dispositifs mis en place sur le territoire de Bordeaux dans le cadre de PAERPA. Enfin, dans un troisième temps, les résultats de l'enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé, du social, des personnes âgées, des aidants et des professionnels de la Plateforme autonomie seniors seront analysés. Nous évoquerons également les vigilances et facteurs de réussite liés à ce projet.

1 Contextualisation

Dans cette première partie, une présentation de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou Charentes, de ses missions et de son intégration en son sein sera exposée. Puis, il conviendra d'analyser l'offre de santé et les caractéristiques de la population bordelaise afin de mieux appréhender, dans un second temps, les dispositifs qui ont été expérimentés.

1.1 Présentation de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes

1.1.1 L'organisation et la réorganisation

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la mise en vigueur de la Loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe), a directement impacté les régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes qui sont désormais regroupées dans une seule et même région, à ce jour dénommée région « Aquitaine Limousin Poitou-Charentes » (ALPC) et prochainement, « Nouvelle Aquitaine ».

L'ARS a donc connu toute une phase de réorganisation qui n'est pas encore terminée. Si aucune mobilité géographique des agents n'a été exigée, ceux-ci ont dû candidater à de nouveaux postes. Pour beaucoup, leurs missions précédentes ont été déplacées dans une autre ville de la région ou supprimées. En effet, le siège qui regroupe l'essentiel des missions des différentes directions est situé à Bordeaux : Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie (DOSA), Direction de la Santé Publique (DSP), Direction du Financement et Direction du pilotage de la stratégie et des parcours (DPSP). Ces directions sont constituées de différents pôles et sont concentrées sur Bordeaux, Limoges ou Poitiers. Il se peut que des agents travaillent sur les mêmes missions, dans le même pôle mais pas dans la même ville. (cf. annexe n°2). La dimension de la nouvelle région, regroupant 5,8 millions d'habitants, aussi grande en terme de superficie que l'Autriche, où Limoges, Poitiers et Bordeaux se situent à environ 2-3 heures de transport, générera des difficultés dans l'organisation d'un travail commun, d'où la nécessité de nouveaux modes de fonctionnement pour transformer les problèmes en atouts.

Actuellement, beaucoup d'agents continuent leurs anciennes missions en même temps qu'ils s'approprient les nouvelles afin que les nouveaux agents s'adaptent

progressivement à leur nouveau poste. C'est dans un contexte non stabilisé, de déménagements de bureaux et de réorganisation interne, que j'ai été intégrée à Bordeaux, à la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA).

La réorganisation entraîne un agrandissement de la région, et suite à la loi NOTRe, les Directions Territoriales sont donc devenues des Directions Départementales. L'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes dispose d'une direction départementale sur chacun des 12 départements de la région (avec deux sites pour les Pyrénées-Atlantiques). Les Directions Départementales sont ainsi les interlocuteurs privilégiés des acteurs de terrain. Elles sont notamment chargées d'identifier, accompagner, orienter les projets des acteurs locaux, de négocier les contrats et notifier les actes (autorisations, contrats,...), et d'évaluer les actions.⁹ L'organisation est d'autant plus compliquée pour l'ancienne région Limousin où la gestion des directions territoriales de la Creuse et de la Corrèze était centralisée à l'ancien siège de l'ARS, Limoges. Actuellement, un renforcement des effectifs est en cours dans ces directions départementales.

La « grande région » certes étendue, ne doit pas être un frein pour l'organisation des politiques de santé sur les territoires. L'ARS intègre ainsi les directions départementales dans les échanges afin de créer une dynamique de groupe et de confiance pour la mise en place de projets territoriaux. Un fait apparaît non moins symbolique : les Directions Départementales ont été directement rattachées au Directeur Général de l'ARS sur l'organigramme, (cf. annexe n°3), par le biais d'une Direction Territoriale chargée de coordonner et de centraliser les réflexions émanant des directions départementales. Cela montre ainsi la réelle volonté de « travail ensemble » dans la conduite des actions.

1.1.2 Les missions

La création de la nouvelle agence repose sur trois ambitions fortes directement en lien avec les objectifs de la Loi de modernisation de notre système de santé :

-Une meilleure emprise territoriale au service de l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. En effet, la grande région montre notamment des

⁹<http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/Creation-de-la-nouvelle-ARS-Aq.188202.0.html>

caractéristiques démographiques contrastées et une répartition de l'offre de santé disparate selon les territoires. En ce sens, la connaissance fine de ces territoires, de leurs spécificités et des besoins est essentielle pour adapter la réponse et accroître l'efficacité du système de santé. C'est au niveau du territoire que l'ARS a prévu d'accompagner les acteurs et les opérateurs, en lien avec les usagers, pour organiser une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

-Une stratégie de parcours réaffirmée et renforcée. L'ARS souhaite, par un dialogue permanent avec ses acteurs, les fédérer et impulser des changements de pratiques, autour d'une offre de premier recours consolidée, dont la mise en œuvre sera facilitée par l'émergence de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de fonctions d'appui aux professionnels [notamment les plateformes territoriales d'appui (PTA)] pour la coordination des parcours complexes et le développement de systèmes d'information en santé.

-Le développement de la prévention et de la promotion de la santé. Tous les professionnels et les structures sont mobilisés pour assurer sur le long terme l'amélioration de l'état de santé des populations.¹⁰

Ces différentes missions, dont notamment la stratégie de parcours souhaitée, entrent directement en lien dans les perspectives du projet PAERPA.

1.1.3 L'intégration de mon stage sur le projet PAERPA

Intéressée par les problématiques soulevées lors de mon stage en 2015 à l'ARS du Limousin sur le rôle de l'ARS dans l'organisation de l'offre de soins de premier recours, je m'étais particulièrement attachée à la réflexion autour de la démarche « parcours ». J'étais alors en situation pour découvrir différents champs autour de cette thématique. Ayant particulièrement apprécié mon précédent stage en ARS, je me suis consacrée à la recherche d'un stage dans une ARS lors de mon master 2. J'ai alors postulé à l'ARS Aquitaine afin d'effectuer mon stage à l'ancien pôle nommé « Animation de la politique régionale de l'offre et des parcours ». Une semaine après, il m'a été proposé de participer à l'évaluation du projet PAERPA.

¹⁰ <http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/Reforme-territoriale.186224.0.html>
Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Après quelques échanges avec Brigitte Geoffroy, cheffe de projet PAERPA, et des lectures autour de ce projet, je décide alors d'effectuer mon stage sur ce sujet.

Tout d'abord, le stage a débuté par une prise de connaissance du projet PAERPA. L'appropriation des caractéristiques du terrain, des problématiques du vieillissement, des besoins et attentes des personnes âgées dans leur parcours de vie, du fonctionnement des différents dispositifs ont nécessité une réelle immersion dans le projet afin de comprendre sa philosophie et l'intérêt des expérimentations en cours. La rencontre entre les différents partenaires, médecins, cadres de santé à l'hôpital, professionnels de la Plateforme autonomie seniors¹¹, services de soins infirmiers à domicile... m'a permis d'avoir une vision globale du projet.

Ensuite, j'ai continué à construire ma réflexion, mes hypothèses sur le projet afin de pouvoir établir une évaluation pertinente du projet. De nombreux indicateurs sont recensés et demandés par le ministère, mais une évaluation qualitative¹² n'était pas encore lancée. Souhaitant réellement que ma démarche soit une plus-value pour la structure, j'ai souhaité en accord avec Brigitte Geoffroy et Laurence Tuillon, Responsable de la Plateforme autonomie seniors, que ma mission consiste en l'analyse qualitative du projet PAERPA et plus particulièrement de la Coordination territoriale d'appui (CTA) « Plateforme autonomie seniors ».

1.2 Diagnostic territorial et populationnel

Dans un premier temps, nous allons reprendre l'analyse territoriale de la ville de Bordeaux afin de poser les premiers éléments contextuels pour ainsi comprendre les dispositifs PAERPA qui ont été mis en place au regard de cet état des lieux.

1.2.1 Diagnostic populationnel relatif aux personnes âgées :

Cette partie a pour objet de présenter un résumé du diagnostic établi par les professionnels constituant le comité de pilotage PAERPA.

¹¹ Nom donné à la Coordination territoriale d'appui

¹² Une étude qualitative est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs (focus group) ou individuels ou par des observations en situation menés auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements. <http://www.definitions-marketing.com/definition/etude-qualitative/>

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes - 2015-2016

- Le vieillissement

Sur la ville de Bordeaux, les personnes âgées de 75 ans et plus ont représenté une population stable au cours des vingt dernières années, et ce, dans un contexte de progression de la population bordelaise totale. La ville de Bordeaux comptait 243 626 habitants en 2013 dont 19 200 personnes âgées de plus de 75 ans, ce qui représentait environ 8% de la population.

Cependant, la population est relativement vieillissante en comparaison avec les autres villes françaises. En effet, l'indice de vieillissement¹³ de la ville, d'une valeur de 65 est supérieur à celui des autres villes de taille comparable. Par exemple, Lille qui compte 231 491 habitants a un indice de vieillissement de 43,3. Montpellier qui compte 272 084 habitants atteint un indice de vieillissement de 58,6¹⁴.

Après 75 ans, 9.1% des Bordelais vivent en institution. La proportion de personnes âgées habitant seules à domicile est très élevée, elle représente 49 %. (38.6% au niveau national).

- La richesse

La population Bordelaise est dite « favorisée » par comparaison à la population française, mais on constate des inégalités de richesse marquées. En effet, le revenu médian de la ville de Bordeaux est de 1688€, il est supérieur à celui de la région Aquitaine (1590€) et également supérieur à celui de la France métropolitaine (1602€). La population des plus de 75 ans dispose d'un revenu supérieur à la population générale. On observe que le revenu médian des personnes âgées de plus de 75 ans se situe à 1789€ par unité de consommation¹⁵ sur le territoire.

Cependant, des inégalités de revenu entre quartiers et une grande amplitude de revenus entre les plus favorisés et les plus modestes sont observées. La proportion de bénéficiaires des prestations sociales est inférieure aux moyennes régionales et

¹³ L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées. (INSEE)

¹⁴http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#sly=f_com_e_DR;sid=13630;i2=pop_rp.pop;i=pop_age.ind_vieillist;z=-867071,6743490,1985277,1585323;s2=2013;v=map1;l=fr

¹⁵ Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). (INSEE)

nationales. Par contre, début 2014, le nombre total de bénéficiaires de l'Allocation perte d'autonomie (APA) des plus de 75 ans résidant sur le territoire du projet s'élevait à 3 484, soit 18.6% des personnes âgées (la moyenne nationale se situant à 11.8%). Concernant la part des bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les plus de 75 ans, elle est supérieure sur le territoire du projet (4.3%) au territoire régional (2.7%) quoique inférieure au territoire national (5.3%).

- La mortalité

La mortalité des plus de 75 ans pour la ville de Bordeaux est égale à 5488,7 pour 100 000 habitants. Celle-ci est inférieure à la moyenne régionale de l'ex-Aquitaine et de la France métropolitaine (respectivement 6411,7 et 6588,9 pour 100 000 habitants).

Cependant, on observe de moins bons résultats concernant notamment la prévalence des affections longues durées (ALD) qui est plus forte pour les affections psychiatriques. En outre, la mortalité prématurée (moins de 65 ans) est supérieure pour la ville de Bordeaux comparativement aux moyennes régionale et métropolitaine. De plus, les maladies cardio-vasculaires (MCV), les tumeurs malignes, le diabète, la maladie d'Alzheimer, les affections psychiatriques sont les principales causes de prise en charge en ALD pour les Bordelais âgés de plus de 75 ans.

- Les médicaments

Le montant remboursable moyen de médicaments s'est élevé à 1 100 euros en 2012 chez les personnes âgées de 75 ans ou plus sur le territoire de PAERPA. Ce montant est comparable aux montants moyens régional et national.

Les données sur la prise en charge médicamenteuse montrent que 24% des personnes âgées de 75 ans et plus ont pris fréquemment plus de 10 médicaments en 2012 sur le territoire PAERPA¹⁶ (vs 23,5% France), avec notamment le constat d'une consommation importante de psychotropes.

Selon une étude régionale menée par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) Aquitaine chez les résidents en EHPAD, 20 % des résidents ont une prescription comportant trois psychotropes ou plus et 25% des malades Alzheimer ont une prescription d'au

¹⁶ http://www.imnc-bordeaux.org/client/document/paerpa_fiche_bon_usage_38.pdf
Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

moins un neuroleptique avec, dans certains cas, des associations de plusieurs neuroleptiques. Près de la moitié des résidents d'Etablissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont au moins un médicament inapproprié.

1.2.2 Diagnostic territorial concernant l'offre de santé :

- L'offre ambulatoire

La densité de professionnels libéraux est supérieure à la moyenne française pour les médecins généralistes et spécialistes, les dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes mais on observe une densité plus faible pour les infirmiers. L'accès aux soins des professionnels de secteur 1 est excellent pour les médecins généralistes, mais la situation est plus nuancée pour les spécialistes. Les niveaux de recours aux soins ambulatoires sont supérieurs à la moyenne nationale compte tenu d'une offre supérieure à la moyenne nationale. Le montant remboursable des soins de ville est supérieur de 20% au montant moyen national sur la tranche des plus de 85 ans sur le territoire PAERPA.

- L'offre hospitalière

La Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB) dispose d'une offre de soins importante. En effet, sur les 57 établissements d'hospitalisation complète girondins, 37 sont dans la CUB dont 15 dans Bordeaux.

Le niveau de recours aux hospitalisations en médecine et en chirurgie est proche du niveau national et les durées moyennes de séjour sont inférieures aux durées moyennes de séjour nationales.

97 % des séjours ont lieu dans les établissements de l'agglomération. Plus de 60% des séjours en hospitalisation complète des personnes de 75 ans et plus sont réalisés dans des établissements du service public (CHU, CH et ESPIC) dont près de la moitié au CHU.

Les hospitalisations non programmées sont un peu moins fréquentes et ciblées sur trois établissements bordelais (CHU, HIA Robert Picqué et Clinique Bordeaux Nord). Les hospitalisations complètes non programmées (entrées par urgences) touchent 38% des patients de 75 à 85 ans et 2 patients sur 3 au-delà de 85 ans. Plus de 4 séjours sur 10 concernant les bordelais de plus de 75 ans sont des séjours

non programmés, et la proportion continue d'augmenter. Le taux de réhospitalisation est superposable aux valeurs nationales.

- L'offre sociale et médico-sociale :

L'accompagnement et la prise en charge médico-sociale et sociale sur le territoire d'expérimentation PAERPA sont assurés par une offre diversifiée.

On dénombre ainsi à la fin 2013 :

- Des acteurs intervenant au titre de la coordination et de l'information :
 - deux CLIC (un de niveau 3 et un de niveau1) ;
 - une MAIA ;
 - les assistantes sociales du conseil général, du Régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).
- Des opérateurs intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées :
 - 24 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
 - 2 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
 - 3 équipes mobiles de gériatrie intervenant sur chacun des sites d'urgence et dans les divers services du CHU en particulier dans les services d'orthopédie ;
 - 84 services d'aide au maintien à domicile dont 45 agréés d'aide à domicile (SAAD) ;
 - 15 foyers logement.

Le taux d'équipement en hébergement complet en EHPAD est légèrement supérieur à la moyenne nationale.

Les établissements privés à but non lucratif sont majoritaires et concentrent les deux tiers des capacités (65%), les structures privées à caractère commercial représentant 27% du parc de la ville. Deux structures publiques sont présentes sur Bordeaux (8 % de l'offre sur le territoire).

L'offre d'hébergement sur le territoire, en septembre 2014 était de 2063 lits et places répartis en :

-Hébergement permanent : 26 établissements d'hébergement pour personnes âgées, dont 24 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 2 maisons de retraite non EHPAD, regroupent une capacité totale installée de 1995 lits dont 41 pour personnes âgées non dépendantes et 1954 lits pour personnes âgées dépendantes. Sur ces 1954 places, 139 places (dont 14 au sein d'une Unité d'hébergement renforcé) sont réservées, en hébergement complet, pour les personnes âgées présentant des troubles liés à la maladie d'Alzheimer (dits « malades d'Alzheimer »).

-Hébergement temporaire : 32 lits d'hébergement temporaire dont 15 réservés aux « malades d'Alzheimer ».

-Accueil de jour : 36 places d'accueil de jour dédiées aux « malades d'Alzheimer ». Le taux d'équipement pour personnes âgées dépendantes est proche du taux national et l'offre est relativement importante au sein de la ville et dans sa périphérie.

Ainsi, la population bordelaise des 75 ans et plus est caractérisée par une population relativement aisée mais qui présente des problématiques liées aux ALD et des risques iatrogéniques élevés. La répartition des professionnels de santé du secteur 1 ainsi que celle des dispositifs sociaux et médicaux sociaux est optimale car celle-ci couvre l'ensemble de la ville de Bordeaux. Cependant, l'accès à des spécialistes est plus nuancé. A présent, au vu du diagnostic, nous pouvons présenter les objectifs PAERPA définis pour le territoire de Bordeaux.

1.2.3 Articulation Contrat Local de Santé - PAERPA :

Le territoire concerné par le projet PAERPA est la ville de Bordeaux, capitale de la région Aquitaine Limousin Poitou Charentes et chef-lieu de la Gironde.

Sur ce même territoire, un Contrat local de santé (CLS) est en cours avec la ville de Bordeaux. Au sein du CLS nous trouvons un axe « bien vieillir » ayant six objectifs spécifiques :

- Développer l'activité physique et sportive et la sensibilisation à la prévention santé des seniors,
- Repérer les personnes âgées vulnérables et isolées,

- Favoriser une prise en charge multidisciplinaire et adaptée des situations complexes des personnes âgées,
- Soutenir les aidants familiaux,
- Développer une information de qualité et la coordination des acteurs impliqués auprès des personnes âgées,
- Renforcer la qualité de la prise en charge et les bonnes pratiques chez les personnes âgées fragiles en ville.

Ces objectifs sont complémentaires à ceux définis pour le projet PAERPA :

- Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie utilisable par les professionnels de santé de proximité et les aides à domicile.
- Éviter les hospitalisations inutiles en proposant un appui aux professionnels de santé libéraux (équipe psycho-sociale, plateforme de coordination), faciliter l'accès direct aux gériatres hospitaliers et les hospitalisations programmées, mettre en place des actions permettant de réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse, de chutes, de dénutrition et de dépression, développer les consultations spécialisées dans les EHPAD, notamment grâce au projet de téléconsultation.
- Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation en améliorant les organisations et les pratiques professionnelles au sein du CHU et des établissements de santé, développer la réponse d'intervention à domicile à partir des services d'aide à domicile existants, des SSIAD et des EHPAD pour faciliter les premières heures voire les jours de retour après hospitalisation, développer les réponses d'hébergement relais en urgence au sein des EHPAD du territoire.
- Développer les systèmes d'information partagés simples, interopérables à partir des dispositifs existants.¹⁷

L'équipe projet du CLS et l'équipe projet de PAERPA est constituée des mêmes acteurs : ville de Bordeaux, CHU, CARSAT, Centre communal d'action sociale (CCAS), ARS, conseil départemental... Les mêmes acteurs sont présents dans le

¹⁷ <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Lancement-de-l-experimentation.171705.199.html>
 Estelle Brémaud - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique

comité de pilotage mais sont également représentés par les mêmes personnes. En conséquence, les actions du CLS et celles de PAERPA ont pu être coordonnées et l'implication des différents acteurs a permis une homogénéisation des actions.

Les missions de l'ARS, le diagnostic populationnel, territorial, ainsi que les objectifs du projet PAERPA étant exposés, il convient désormais de présenter le projet PAERPA, de sa genèse à son évaluation.

2 Le projet PAERPA

Dans cette seconde partie, nous évoquerons la naissance du projet PAERPA à Bordeaux ainsi que son organisation, puis nous exposerons les différents dispositifs qui ont été mis en place au regard du cahier des charges national et de l'état des lieux réalisé.

2.1 Genèse du projet PAERPA

2.1.1 L'impulsion nationale :

Les personnes âgées mobilisant entre le quart et la moitié des dépenses de santé, la multiplicité des acteurs intervenant auprès de cette population rend nécessaire de développer une approche innovante et intégrée basée sur une approche « parcours ». L'idée est de « faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, et le tout au meilleur coût. »¹⁸

Les personnes âgées de 75 ans et plus pouvant être autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social sont la population cible de ce projet. Cette population a été choisie car, selon le cahier des charges PAERPA, et les données de l'assurance maladie, « 85% de ces personnes ont au moins une pathologie, 57% sont en ALD, 29% souffrent d'au moins une pathologie cardio-vasculaire, 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée de 12 jours en moyenne, 7 molécules différentes leur sont en moyenne délivrées au moins trois fois par an ». Quatre facteurs majeurs de

¹⁸ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf

Estelle Brénaud - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes - 2015-2016

risque de perte d'autonomie ont été la cible de cette expérimentation : les problèmes liés aux médicaments (iatrogénie, difficulté d'observance...), dénutrition, dépression, chute. Ainsi, les modalités de cette expérimentation ont été fixées à l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

2.1.2 Organisation du projet PAERPA Bordeaux :

En février 2013, l'ARS Aquitaine s'est portée candidate dans le cadre de la Stratégie nationale de santé pour l'expérimentation sur le parcours de santé des personnes âgées : PAERPA. Le projet a été retenu le 28 mai 2013 et a effectivement débuté en janvier 2014.

Les principales échéances du projet PAERPA ont été les suivantes :

- Signature de la lettre d'engagement
- Finalisation et validation du diagnostic territorial / Élaboration de la feuille de route (10/09/2014)
- Finalisation des fiches actions (septembre 2014)
- Signature de la convention territoriale et des conventions partenariales (octobre /novembre 2014)
- Continuité des groupes projets / mises en œuvre des actions finalisées (dernier trimestre 2014/2015).

La gouvernance du projet PAERPA est organisée par une équipe projet, un comité de pilotage et un comité technique opérationnel.

Le pilotage global est assuré par l'ARS du territoire pilote qui constitue une équipe projet. Pour le projet PAERPA de Bordeaux, le pilotage est effectué par Mme Brigitte Geoffroy rattachée à la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA). Pour les nouveaux territoires PAERPA de la grande région, le projet PAERPA Deux-Sèvres ainsi que celui de Corrèze sont pilotés par les directions départementales (DD) respectives, Mme Geoffroy étant la cheffe de projet PAERPA grande région.

L'équipe projet est composée des représentants de la DD 33, de la DOSA, du GCS (groupement de coopération sanitaire) Télé Santé Aquitaine et de l'OMEDIT. Cette

équipe a été complétée par des représentants des organismes d'assurance maladie et des collectivités territoriales et des URPS (Union régionale des professionnels de santé), afin d'apporter leur expertise et leur connaissance dans leur domaine respectif.

Le comité de pilotage est composé des collectivités territoriales (Conseil Départemental, Conseil Régional, Ville de Bordeaux, Centre Communal d'Action Sociale), des organismes d'assurances maladies (CPAM 33, CARSAT, RSI, MSA), des URPS, d'un représentant des usagers (CODERPA 33), d'un représentant des familles et/ou aidants (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie). Ainsi, le comité de pilotage assure l'organisation du pilotage stratégique du projet, communique sur les projets auprès des professionnels et participe à l'évaluation nationale.

Le comité technique opérationnel, piloté par le Directeur de projet, outre les membres du comité de pilotage, compte comme membres : l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), le représentant de la mutualité française, les représentants des fédérations des établissements de santé, les deux établissements d'hospitalisation à domicile et des deux SSIAD dont le territoire d'intervention est la ville de Bordeaux, les représentants des fédérations et syndicats des établissements et services médico-sociaux, les structures de coordination existantes [MAIA, CLIC, réseau de soins palliatifs, SAMU - centre 15, SDIS, l'Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT 33)] Le comité technique a formalisé le plan d'action, assure la programmation des actions prioritaires, la mise en œuvre opérationnelle, et participe à l'évaluation.

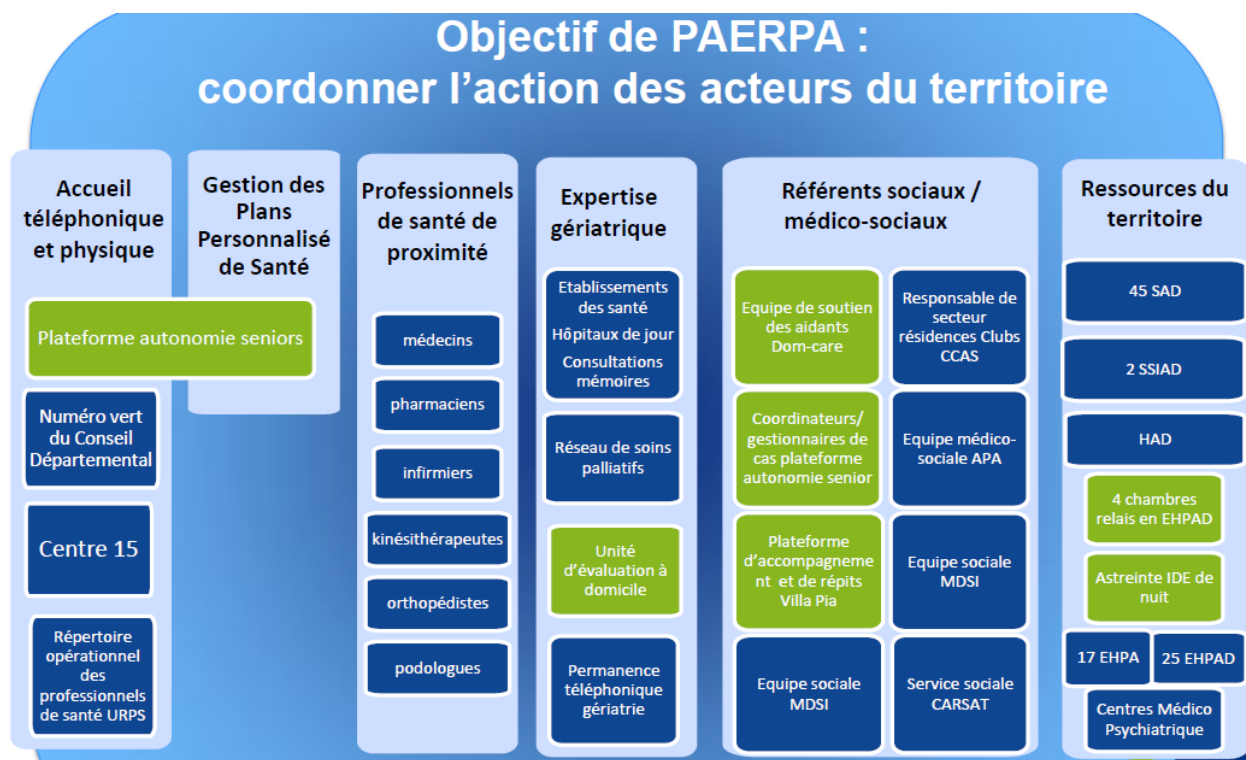
2.1.3 Autres territoires PAERPA de la région ALPC et extension :

Le projet PAERPA, dans la région ALPC, est également développé initialement dans une partie de la Basse Corrèze et, dans le cadre de l'extension des projets PAERPA, sur tout ce département ainsi que dans le département des Deux-Sèvres. Les caractéristiques territoriales n'étant pas du tout les mêmes, les projets ont été et vont être pensés différemment. En effet, en Corrèze, le territoire est beaucoup

plus rural et celui-ci connaît des problématiques de démographie médicale. Les Deux-Sèvres comptent beaucoup de professionnels libéraux regroupés dans des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). Ainsi, la stratégie de déploiement du projet va être différente mais l'essence sera toujours la même. Les chefs de projets des deux territoires comptent sur l'appui de Mme Geoffroy pour répondre à leurs demandes et pour initier certaines actions. Ainsi, son expertise permettra d'enclencher plus rapidement certaines actions grâce à l'identification des facteurs de réussite du projet comme l'inclusion dès le départ des URPS dans l'équipe projet.

2.2 Description et analyse des dispositifs PAERPA

Le dispositif PAERPA a pour vocation de mettre en place une coordination des différents acteurs dans le parcours de soins d'une personne âgée. On note plusieurs niveaux : la coordination clinique de proximité (CCP), la coordination territoriale d'appui (CTA) et la mobilisation des acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux dans le suivi et la gestion des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie qui vont être présentés ci-dessous.



Présentation des partenaires et acteurs du territoire de Bordeaux, avec en vert les dispositifs expérimentaux PAERPA.¹⁹

¹⁹ Source : document interne de présentation de PAERPA
Estelle Brénaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
Sciences Po Rennes - 2015-2016

2.2.1 La Plateforme autonomie seniors (CTA)

Le cahier des charges national PAERPA prévoit la mise en place d'une coordination territoriale d'appui (CTA) devant être organisée à partir des dispositifs existants sur le territoire. La ville de Bordeaux dispose d'un CLIC et d'une MAIA sur lesquels la CTA s'appuie. La CTA est portée par le CCAS. Ainsi, la CTA, « Plateforme autonomie seniors » a vu le jour en avril 2015.

La Plateforme autonomie seniors (CTA) coordonne tous les moyens pour aider les professionnels dans leurs démarches, accompagner et améliorer l'orientation des personnes âgées et de leurs aidants. Elle peut être directement sollicitée par un numéro vert (0 800 625 885), un site internet (www.autonomieseniors-bordeaux.fr) ou en se rendant dans les locaux à la Cité municipale de Bordeaux.

Les missions de la Plateforme autonomie seniors sont les suivantes :

- accueil, information, orientation, aiguillage vers les droits et services pour le maintien à domicile et l'hébergement en établissement
- évaluation globale des besoins à domicile, mise en œuvre et suivi du plan d'aide personnalisé avec les référents sociaux partenaires, activation des aides sociales
- suivi intensif des situations complexes des personnes atteintes de démence
- veille sociale et lutte contre l'isolement
- intégration/coordination des services d'aides et de soins
- centralisation des Plans Personnalisés de santé (PPS), du consentement des usagers et de la charte des professionnels.

L'équipe mutualisée et pluridisciplinaire est composée de 22 personnes :

- 4 assistants de coordination dont la mission est de recueillir les appels téléphoniques, d'effectuer une première évaluation et si, la personne semble dans une situation de fragilité, le relais est passé aux coordinateurs médico-sociaux,
- 8 coordinateurs médico-sociaux qui travaillent en binôme sur des quartiers de Bordeaux. Ils réalisent des visites au domicile des personnes âgées et s'occupent de leur suivi.
- 1 coordinatrice de lutte contre l'isolement,
- 4 gestionnaires de cas MAIA,
- 3 agents administratifs chargés notamment du suivi des PPS.
- 2 cadres de proximité : responsable de la CTA et responsable du CLIC.

Sur 9 mois d'activité, au 31 décembre 2015, la CTA a recensé 1578 contacts de professionnels de santé et 1717 d'usagers. Le nombre d'informations et d'orientations des personnes âgées s'élèvent à 1452 et celui des professionnels de santé à 2267. De plus, la CTA compte 1416 dossiers en file active dont 494 usagers inclus dans PAERPA. 3026 interventions ont été réalisées dont 115 aiguillages et appuis aux coordinations cliniques de proximité (CCP).

Les 3 grands motifs d'appels ont été :

- évaluation globale à domicile et accompagnement : 50%
- l'information sur les aides au maintien à domicile et à la vie sociale : 44%
- l'information sur l'accès à un droit : 6%

2.2.2 Les Plans Personnalisés de Santé (PPS) et les Coordinations Cliniques de Proximité (CCP)

Le PPS (cf. annexe n°4) est un plan d'actions formalisé par les différents professionnels de santé de premier recours intervenant autour de la personne âgée, sous la responsabilité du médecin traitant²⁰. Cette structuration des différents professionnels intervenant autour de la personne âgée est appelée coordination clinique de proximité (CCP). C'est une équipe pluri-professionnelle constituée d'un médecin généraliste, d'un infirmier libéral ou coordonnateur de SSIAD, d'un pharmacien, d'un masseur-kinésithérapeute et/ou d'autres professionnels paramédicaux. Le PPS prend la forme d'un document formalisant un plan d'action de soins et d'aides concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail coordonné entre acteurs de proximité. Le PPS fait suite à une évaluation et permet un suivi des actions. Dans le territoire PAERPA Bordeaux, la CTA est chargée du suivi et de la gestion administrative des PPS, elle peut aussi pré-remplir la partie sociale du PPS.

Les PPS ont vocation à être mis en œuvre pour les personnes âgées qui présentent un risque de perte d'autonomie. A cet effet, notons que « le risque de perte d'autonomie » est défini par le médecin traitant et que celui-ci peut s'appuyer sur une grille de repérage afin d'apprécier le « risque de perte d'autonomie ».²¹

²⁰ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

²¹ http://www.autonomieseniors-bordeaux.fr/sites/paerpa.drupal7.aquisante.priv/files/152/fragilite_paerpa-05102015.pdf
Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

La saisie du PPS est devenue possible dans le SI PAACO-globule^{22 23}. Les médecins, initiateurs du PPS peuvent commencer sa rédaction dans le SI et l'envoyer pour complétude aux différents professionnels de la CCP.

Peu de PPS (90 à fin juillet 2016) ont été créés. La raison principale avancée est, qu'à Bordeaux, la population est relativement aisée, des moyens à domicile sont déjà mis en place chez ces personnes âgées, ce qui ne nécessite pas forcément la formalisation d'un PPS puisque les différents dispositifs existants autour de la personne sont déjà organisés et coordonnés. Il existe aussi un frein concernant la mise en place des PPS chez les populations immigrées et précaires qui hésitent quant à l'ouverture de ces PPS. Une réflexion va être mise en route notamment avec des anthropologues ainsi qu'avec des associations et maisons de quartiers de femmes afin de changer leur à priori concernant les PPS.

Au sens de la cheffe de projet PAERPA Bordeaux, l'ouverture d'un PPS doit être de mise lorsque des objectifs et des nouvelles actions sont identifiés. Il faut par ailleurs qu'il y ait la validation du médecin traitant, et le consentement de la personne âgée. C'est la philosophie des PPS bordelais respectant le cahier des charges national. Tout en sachant que les médecins traitants qui souhaitent que leurs patients soient suivis (appel téléphonique, visite de convivialité, apport et appui aux demandes,..) avec l'accord de ceux-ci, sont intégrés dans le logiciel PAACO-globule de la CTA (sans formalisation de PPS) afin que la coordination se mette en place quand bien même un PPS n'a pas été créé.

Afin de promouvoir la création des PPS, il conviendrait de pallier le facteur prédominant de blocage. En effet, le PPS, initialement, est prévu pour être formalisé sous format papier. Or, cela n'est en aucun cas envisageable pour les médecins. C'est pour cela que la saisie du PPS dans PAACO-globule a été pensée. Cependant, elle est encore considérée comme trop fastidieuse par les médecins

²² Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication : Plateforme informatique communicante orientée mobilité (web, smartphone) et centrée sur la pratique collaborative interprofessionnelle

²³ Annexe n°5

traitants car par exemple, les actions à mettre en place doivent être écrites, mais des mises à jour sont prévues et notamment, sera mis en place, une aide à la saisie.

Durant mon stage, nous avons travaillé avec l'URPS médecins libéraux, qui travaille main dans la main avec l'ARS afin de prouver l'intérêt aux médecins de réaliser des PPS. Dès l'origine du projet PAERPA, les URPS médecins libéraux ont souhaité s'investir dans le projet et ils y participent encore activement. L'intérêt qu'ils témoignent est donc encourageant et prouve, entre autres, que cette philosophie du projet était celle attendue par les médecins. Les médecins attendent impatiemment la possibilité de pouvoir créer des PPS en mobilité, lorsqu'ils sont en consultation ou en visite chez leurs patients, version qui sera disponible en janvier 2017. Plus largement, les professionnels de santé et du social, reconnaissent l'intérêt de l'outil PAACO-globule dans leurs pratiques et, à leur sens, ce sera un réel moyen pour fédérer l'ensemble des professionnels intervenant autour des cas complexes, au-delà de la prise en charge des personnes âgées, le logiciel PAACO-globule serait ainsi la clef du succès.

2.2.3 L'astreinte des soins infirmiers libéraux de nuit

Une permanence des soins infirmiers de 20h à 8h du lundi au dimanche au sein du territoire PAERPA est organisée. Cette action a été retenue par la Direction de la sécurité sociale sur 12 mois et est la seule sur le territoire national.

L'objectif est de répondre aux besoins de la population au plus près du domicile et d'éviter les hospitalisations inadéquates et ainsi décharger les services d'accueil d'urgence.

Ce projet a été mis en place en collaboration étroite avec le centre 15, SOS médecins, l'URPS des infirmiers et l'URPS des Pharmaciens.

Seulement 7 interventions ont été effectuées depuis décembre 2015 et la totalité des interventions a été demandée par SOS médecins. Il semblerait que les besoins soient inférieurs à la demande évoquée avant la mise en place de cette action.

Ce projet va être retravaillé avec le Centre 15 et SOS médecins car le nombre d'interventions des IDE de nuit est très faible, du fait d'un manque d'aiguillage vers ce dispositif. Un axe d'amélioration pourrait être pensé via les délégations de compétences et prescriptions anticipées.

2.2.4 L'astreinte des soins infirmiers de nuit en EHPAD

4 postes d'IDE de nuit au sein des 4 EHPAD sur Bordeaux disposant d'une chambre d'hébergement relais d'urgence ont été mis en place. Les 4 IDE assurent une permanence en soins infirmiers pour 23 EHPAD sur 25 établissements sur le territoire (2 EHPAD disposant d'IDE de nuit).

Au total, 99 interventions ont été réalisées pour des actes de nuit, soit sur prescriptions anticipées, évitant ainsi une hospitalisation pour le suivi d'un traitement, soit sur appel pour avis et/ou une urgence.

La surveillance de nuit fonctionne très bien, l'appel afin d'informer les EHPAD de la présence des IDE est apprécié. Cette action a permis de réduire les hospitalisations, d'assurer la continuité des soins et de rassurer le personnel de nuit des EHPAD ainsi que les familles, même si le chiffrage d'hospitalisation évitable est difficile à quantifier.

2.2.5 L'hébergement relais en urgence en EHPAD

Ont été mises en place au sein de 4 EHPAD (EHPAD Henry Dunant, EHPAD les Doyennés, EHPAD La Clairière de Lussy, EHPAD Le Clos Serena), 4 chambres d'hébergement relais d'urgence.

Ces chambres ont été expérimentées afin d'accueillir une personne âgée de plus de 75 ans :

-qui sort d'une hospitalisation, pour des personnes ne pouvant rentrer à leur domicile dans des conditions de sécurité optimales pour elles.

-provenant du domicile si leur aidant principal est épuisé et/ou hospitalisé.

Les objectifs sont de diminuer les séjours hospitaliers, faciliter le retour à domicile dans de bonnes conditions et d'éviter les hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences, de prendre en charge un aidé. Le retour à domicile doit se préparer dans les 7 jours (renouvelable 1 fois) de l'occupation de la chambre relais.

45 séjours ont été effectués de juin 2015 à août 2016 avec une durée moyenne de séjour de 14 jours.

Ce dispositif est à mon sens très utile, puisqu'il a permis d'organiser au mieux un retour au domicile qui n'aurait pu être immédiatement envisagé à la suite d'une hospitalisation. Ce dispositif doit davantage être communiqué auprès des partenaires pour que ce service bénéficie à plus de personnes. De nouvelles

orientations pour la prise en charge des personnes souffrant de maladies mentales ou sortant de prison sont en cours à l'ARS.

2.2.6 L'Unité d'Evaluation Gériatrique pluri-professionnelle dans la cité :

L'équipe mobile de gériatrie déployée par le CHU de Bordeaux dans le cadre de PAERPA intervient à la demande des médecins traitants et de la CTA en cas de carence de médecin traitant. Elle est notamment composée d'un gériatre, d'un pharmacien, d'un psychiatre, et de professionnels de santé : infirmier, assistant social, ergothérapeute.

Les objectifs sont notamment de :

- mettre en place des actions en amont de la « crise » sous la forme d'actions de prévention primaire et secondaire afin d'éviter la iatrogénie (1^{er} motif d'admission au service d'accueil des urgences (SAU)) et la survenue de syndromes gériatriques telles que la dénutrition, la confusion, les chutes et la dépendance.
- promouvoir le suivi du patient âgé dans la filière de soins gériatriques et optimiser l'orientation des patients.
- développer un travail en pluridisciplinarité afin de permettre une concertation sur les situations particulières ou complexes.
- prendre en charge les appels de la permanence téléphonique gériatrique destinée aux médecins libéraux.

Le bilan est très bon en termes quantitatifs puisque, de septembre 2015 à décembre 2015, 64 interventions ont été réalisées. Au 1^{er} trimestre 2016, 117 interventions ont conduit à 97 évaluations au domicile qui ont pu découler sur un suivi plus particulier.

2.2.7 L'EHPAD hors les murs Villa Pia :

L'objectif est de transposer les services d'un EHPAD au domicile. Le dispositif mis en place doit permettre à la fois de mener des actions de prévention, de faciliter les relations et la coordination entre les différents intervenants et services autour de la personne (en amont et en aval), et d'être un premier lieu d'écoute et d'accueil dans les situations de détresse ou de crise notamment lorsqu'elles surviennent la nuit.

Un dispositif d'alerte et de télécommunications (tablette tactile de visiocommunication) est mis en place entre le domicile et l'EHPAD et un dossier de liaison d'urgence sera établi.

L'EHPAD doit faire en sorte de disposer en permanence d'une chambre d'accueil d'urgence afin de répondre jour et nuit aux sollicitations de la personne, de son

aidant, du médecin traitant ou des professionnels du domicile (IDE libérale ou autres professionnels de santé, SSIAD, aide à domicile).

35 personnes sont suivies à domicile et l'on relève 10 gestions de crise à domicile la nuit et 29 le jour. Au total, le nombre de personnes accueillies en hébergement et en chambre d'hébergement d'urgence est de 78 dont 20 personnes reçues en chambre d'hébergement d'urgence.

L'EHPAD constate sur l'ensemble de son activité, une baisse de 40% des hospitalisations, de 25% des appels aux services d'urgence de nuit et une augmentation de 20% des fins de vie à l'EHPAD grâce notamment, d'après la responsable de l'EHPAD, à la présence d'une infirmière de nuit.

La chambre d'urgence située en unité protégée dispose d'un taux de roulement élevé, les personnes restent souvent 7 jours, rarement plus, compte tenu du nombre de demandes.

Dans le cadre du territoire, il est possible de s'interroger et d'évaluer le besoin d'une chambre d'hébergement relais en urgence « sécurisée » supplémentaire, pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles cognitifs. Cependant, cette nouvelle ouverture de place, financée par l'ARS, peut difficilement être envisagée si les 4 places d'EHPAD déjà existantes dans les autres EHPAD ne sont pas surchargées, même si le public accueilli est différent.

2.2.8 L'équipe de Soutien des Aidants au Domicile (ESAD)

Suite à une sollicitation d'un aidant, d'un professionnel de santé ayant constaté un épuisement d'un aidant ou de la CTA, une équipe pluridisciplinaire composée d'une assistante sociale, d'un ergothérapeute, d'une psychologue ainsi que d'une Technicienne de coordination d'aide psycho-sociale aux aidants (TCAPSA)²⁴, propose d'intervenir au domicile dans le cadre d'une première évaluation de la situation et pour déployer les ressources nécessaires en coordination avec le médecin traitant et les acteurs de proximité.

L'ESAD existait déjà avant le projet PAERPA et a été intégré dans celui-ci. L'ESAD intervenant au-delà du périmètre de la ville de Bordeaux, soit intra-rocade bordelaise, et prenant en charge des personnes dès 60 ans, celui-ci a bénéficié

²⁴ La licence professionnelle TCAPSA s'inscrit dans le plan Alzheimer 2008/2012.
Estelle Brénaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

d'une dérogation de l'ARS pour continuer ses interventions et ne pas se restreindre au périmètre de Bordeaux et aux personnes de 75 ans et plus.

74 personnes de 75 ans et plus ont été prises en charge au domicile. La moyenne d'âge des aidants est de 48 ans et celle des aidés 77 ans. La durée moyenne de prise en charge est de 57 jours.

Un travail sur la création d'une grille de repérage de la fragilité des aidants en collaboration avec l'ISPED est en cours.

2.2.9 L'Equipe Urgences Nuit (EUN)

L'objectif est d'éviter la prolongation d'un séjour aux urgences, voire une hospitalisation pour les personnes de 75 ans et plus, et de les aider à se réintégrer dans les plus brefs délais à leur environnement, ainsi que de les épauler sur les plans sanitaires, psychologiques et sociaux, afin de diminuer les recours aux urgences et les hospitalisations répétées.

A la demande des 6 services d'accueil des urgences (SAU) de la métropole de Bordeaux, l'équipe intervient dans le service afin d'évaluer avec les professionnels des SAU, la possibilité d'un retour à domicile par l'équipe avec l'accord de la personne âgée et/ou de son entourage. Une fois sur place, l'équipe s'assure que l'environnement est adapté à l'autonomie de la personne afin de réduire les risques de ré-hospitalisations. L'EUN assure ensuite le suivi de la personne, fait le relais avec le médecin traitant et les équipes de proximité.

127 retours à domicile ont été effectués, sachant que pour la moitié le passage aux urgences est dû à une chute au domicile. La moyenne d'âge des personnes est de 84 ans. Le temps moyen d'intervention de l'équipe est d'environ 4 jours, de la sortie des urgences à la fin du suivi de la personne. Le dispositif est bien connu des hôpitaux et ils n'hésitent pas à y faire appel lorsqu'un cas se présente.

2.2.10 Les médicaments : sécurité et observance

Le dispositif mis en place a vocation à mobiliser tous les acteurs de terrain, professionnels et patients en vue de prévenir la iatrogénie médicamenteuse, ses conséquences, et de garantir, grâce à la collaboration de chacun, l'observance stricte des médicaments appropriés et nécessaires.

Un module de formation DPC sur la pertinence des prescriptions et sur le risque médicamenteux a été élaboré. Une journée régionale psychiatrie et médicaments qui a regroupé 60 participants a été organisée, ainsi qu'une soirée PAERPA à l'attention des pharmaciens d'officine qui a rassemblé 50 participants. 500 exemplaires du guide prescriptions médicamenteuses adaptées à la personne âgée (P.A.P.A) ont été diffusés.

100% des professionnels ont été formés à Bordeaux (soit 20 participants à la formation GRIEPS, 33 professionnels ayant participé aux formations pour les EHPAD, et 50 pharmaciens d'officine à la soirée EPU). Egalement, 12 EHPAD PAERPA ont été formés dans une démarche pluri-professionnelle dont 33 professionnels médecins, pharmaciens, IDE, formés au risque médicamenteux et bénéficiant d'outils mis à disposition pour améliorer ensemble la prise en charge médicamenteuse. Les plaquettes ARS sur « les bonnes pratiques à partager et à développer » par les pharmaciens d'officine ont été diffusées ainsi que tous les outils régionaux et nationaux utiles pour améliorer le bon usage et prévenir la iatrogénie.

La connaissance du Dossier pharmaceutique (DP), de ses modalités de fonctionnement et de son intérêt ont été intégrés dans toutes les formations sur le médicament réalisées dans le secteur PAERPA. Une collaboration OMEDIT/GCS Télésanté Aquitaine (TSA) permet de diffuser respectivement et conjointement des messages pour promouvoir le DP et l'intégrer dans le système partagé PAACO-globule.

2.2.11 Le système d'information

Nous pouvons mettre en avant le fait, qu'en parallèle de PAERPA, en septembre 2014, l'ARS Aquitaine a été retenue pour son projet Territoire de Soins Numérique (TSN) : XL-ENS, qui cible le territoire rural du Nord et de l'Est du département des Landes. Santé Landes est une CTA qui a été mise en place dans le cadre du projet XL-ENS et qui a pour objectif de relever le défi de prise en charge des maladies chroniques. Le projet encourage l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et s'appuie sur le développement d'approches innovantes et

d'outils numériques. A cet effet, des projets TSN ont été lancés et PAERPA a pu s'en rapprocher.

Ainsi, dans un esprit d'optimisation, PAERPA et TSN ont décidé de développer, grâce à une démarche de co-construction, des outils innovants pour l'amélioration de la prise en charge et du suivi des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Ont été lancés, grâce au consortium Ki-lab, Capgemini Consulting et Orange, le Navigateur Pro, la PanCarte Numérique et le projet Compagnon.

Lié à PAACO-globule, le Navigateur Pro est notamment accompagné d'un outil de gestion des tâches et d'un système d'alerte permettant le suivi quotidien du patient, auquel tous les professionnels connectés à PAACO-globule suivant le patient peuvent accéder. Concernant la Pancarte numérique, l'idée est de reprendre les fonctions de la pancarte papier au pied du lit du patient comme il y eut longtemps dans les hôpitaux, où tout le monde pouvait écrire des notes, du médecin à l'aide-soignant, ce qui donnait une excellente vue d'ensemble de l'évolution du patient. Le projet Compagnon est destiné aux patients et aux aidants pour les accompagner dans leur parcours de santé (suivi des données de son parcours de santé, programmation des rendez-vous médicaux...) et leur faciliter l'accès à des informations (notamment en matière de prévention). En annexe n°5, sont présentées des copies d'écran du SI PAACO-globule permettant de présenter ces nombreuses fonctionnalités.

Par ailleurs, l'ARS Aquitaine s'appuie sur le GCS Télé Santé Aquitaine, expérimenté dans le développement et la conduite de projets de e-santé (premiers services e-santé mis à disposition dès 2004). Ainsi, l'outil PAACO-globule est une Plateforme informatique communicante orientée mobilité (web, smartphone) et centrée sur la pratique collaborative interprofessionnelle.

L'objectif est de mettre en place une plateforme collaborative en mobilité, une Messagerie Sécurisée de Santé et compatible avec le dossier médical partagé (DMP).

Au cours du second semestre 2015, il y eut une dizaine de groupes de travail dans le cadre de PAERPA et il a été convenu de travailler sur des outils qui pourraient être adaptés pour les différents parcours de santé et pas uniquement sur les parcours PAERPA. Notamment ont été pensés dans l'outil, la saisie des PPS, un gestionnaire de tâches, une possibilité de saisie en mobilité des constantes, un

journal et un calendrier usagers, ainsi qu'un annuaire. J'ai eu l'opportunité, au début de mon stage, de pouvoir participer à des groupes de travail sur le SI que j'ai trouvé, en toute objectivité, révolutionnaire. L'échange entre les professionnels est simple, sécurisé, le logiciel est facile d'utilisation et fait penser à un « Facebook » pour les professionnels au sujet de leurs patients, on peut insérer dans une conversation des images, sons et textes. Egalement, le fait qu'il soit accessible en mobilité et en mode « hors connexion » rend son utilisation adapté pour tous les territoires.

La plateforme PAACO-globule a été installée auprès de la CTA, qui est ainsi son logiciel métier. Ainsi, on compte 210 professionnels connectés sur le territoire de Bordeaux dont 152 professionnels de santé libéraux. On relève dans le SI 1724 dossiers patients et 8500 notes écrites par les différents professionnels dont 1700 depuis début 2016.

2.2.12 La Télémédecine en EHPAD

L'objectif est de permettre la réalisation de consultations spécialisées dans les EHPAD afin d'éviter des hospitalisations sur 7 thématiques : plaies chroniques, troubles du comportement chez le patient dément, troubles psychiatriques de la personne âgée, démarche éthique, soins palliatifs, gériatrie, hypertonie déformante acquise.

18 établissements devraient être équipés, 10 sont déjà opérationnels. Au total, 12 consultations ont été réalisées.

Un des freins principaux pourrait être la peur des libéraux qui peuvent se sentir dépossédés de leur travail. Une étude sociologique dans un EHPAD est en cours afin d'analyser ce phénomène. Il est à noter que sur le plan régional, les équipements de télémédecine qui fonctionnent sont ceux situés en zone de désert médical.

2.2.13 Le repérage des troubles de l'équilibre : prévenir les risques de chutes chez la personne âgée

Les masseurs-kinésithérapeutes réalisent un bilan de kinésithérapie, dans une optique de recherche des signes de gravité et facteurs de risques concernant les troubles de l'équilibre. Les 3 principales situations à risque de chute grave (ostéoporose avérée, prise de médicaments, isolement social et familial) doivent être reconnues afin de prévenir les risques et d'élaborer une stratégie de prévention à mettre en place en fonction des autonomies initiales.

Un colloque a été organisé auprès des masseurs-kinésithérapeutes en 2015. Le travail à domicile doit être la priorité de ce dispositif. Son déploiement va s'opérer grâce aux réunions de travail avec l'ARS, la CTA et l'URPS MK.

2.2.14 L'organisation de bilans de podologie en EHPAD : maintien et/ou remise à la marche

Les objectifs sont de :

- Développer des actions de prévention dans les EHPAD du territoire de Bordeaux,
- Favoriser les appuis, traiter les troubles épidermiques et unguéaux afin d'éviter des hospitalisations.
- Favoriser la marche, donc l'autonomie.
- Constituer une équipe pluri professionnelle.
- Informer et former les professionnels des EHPAD.

Des bilans ont été réalisés au sein des EHPAD et sont à poursuivre.

2.2.15 La communication

Les moyens ont été donnés afin de communiquer en masse sur le projet PAERPA auprès des professionnels. Un référent communication à l'ARS a été nommé et fait partie de l'équipe projet. Ainsi, des réunions de quartiers ont été organisées afin de présenter PAERPA, des plaquettes, posters, flyers ont été produits pour faciliter cette diffusion. Lors de diverses manifestations touchant les personnes âgées, l'ARS-PAERPA est présente afin de faire connaître le dispositif.

Aussi, avec des collègues dotés de bonnes compétences informatiques, nous avons proposé nos services afin de réaliser une vidéo promotionnelle de la Plateforme autonomie seniors. Ainsi, nous avons dessiné une vidéo en motion design expliquant la plus-value de la Plateforme autonomie seniors pour le grand public.

Également, le plan de communication suivant a été établi :

- Un point presse avec Mr Juppé va être organisé à la rentrée 2016 (avant 2017!). Lors de ce point presse il serait souhaité de présenter PAERPA (vidéos de communication en cours de réalisation de présentation de la CTA et de PAACOGLOBULE, témoignage d'un médecin, d'une personne âgée, et aidant, point d'étape de PAERPA). Il conviendrait aussi de proposer à un journaliste d'orchestrer un

reportage sur la Plateforme autonomie seniors qui pourrait être diffusé lors de ce point presse.

-Entre un et deux mois après ce point presse, il conviendrait d'organiser un évènement au sein de l'ARS de présentation de la CTA, où il y aurait des stands de démonstration de PAACO-globule en soirée pour les professionnels.

-Il est aussi étudié les possibilités d'afficher des posters de PAERPA dans la ville notamment.

Les actions du projet PAERPA sont riches et son suivi est intensif. Tous les dispositifs entremêlent des partenaires différents, médecins, sociaux, médico-sociaux. Le défi de ne pas multiplier l'information et d'ajouter des strates supplémentaires est bien présent. Cependant, c'est le rôle de la CTA de pouvoir centraliser toutes les demandes émanant de diverses sources afin d'orienter vers les bons dispositifs. Ainsi, l'information n'est pas noyée, mais clarifiée pour les usagers qui ne disposent plus que d'un seul interlocuteur qui se doit de connaître l'étendue des réponses possibles sur le territoire afin d'orienter le plus pertinemment possible.

3 Évaluation du projet PAERPA Bordeaux

La genèse du projet PAERPA ainsi que les dispositifs qui ont été mis en place maintenant présentés, nous nous attarderons dans cette troisième partie à analyser la plus-value de ses dispositifs pour les professionnels et usagers au travers de l'évaluation de la Plateforme autonomie seniors, cœur de la coordination et maillon fort du projet PAERPA.

3.1 Méthodologie de l'évaluation

3.1.1 Point sur l'évaluation des projets PAERPA

L'évaluation est « une opération qui repose sur le recueil et l'analyse d'informations afin de formuler un jugement sur une intervention (politique, programme, projet, action...) dans le but d'améliorer cette intervention et/ou d'éclairer la prise de

décision. C'est une démarche organisée en plusieurs étapes impliquant un ensemble d'acteurs ». ²⁵. Les critères les plus fréquemment évoqués en évaluation sont : cohérence, effectivité, efficacité, efficience, impact, pertinence. (Jabot, F.). Ici, l'évaluation menée à un an de la fin de l'expérimentation pourra être utile pour réviser le contenu du projet, améliorer les procédures de mise en œuvre, et relancer la communication par exemple. C'est pourquoi, l'évaluation analysera les critères de pertinence ²⁶ et d'efficacité ²⁷ de la Plateforme autonomie seniors grâce à une enquête qualitative permettant de connaître le ressenti, les attentes et la satisfaction des personnes au contact de la CTA. En effet, d'une part, pour analyser la pertinence des missions de la CTA, les professionnels de santé, du social et du médico-social ont été interrogés. Ainsi, l'enquête révélera précisément si la CTA répond correctement à leurs pratiques. Egalement, ce critère vaut pour les personnes âgées et leurs proches où grâce à leurs témoignages nous saurons si le type d'intervention mis en place correspond à leurs attentes. D'autre part, concernant le critère d'efficacité, grâce aux différentes déclarations de ces personnes nous pourrions analyser la qualité de la réponse apportée en comparaison avec celle qui était attendue.

Par ailleurs, le ministère de la Santé a confié à une équipe de chercheurs en sciences de gestion et en sociologie spécialisés dans l'analyse des organisations, des politiques publiques et des professions, l'évaluation de l'expérimentation PAERPA en cours. Ce projet, d'une durée d'un an, est mené par : Léonie Hénaut (CNRS/SciencesPo/LIEPP), Elvira Périac et Marie-Aline Bloch (EHESP), Sébastien Gand (MinesParisTech), Dominique Somme et Françoise Jabot (médecins à l'EHESP). L'évaluation est dite qualitative car centrée sur la mise en œuvre des différents dispositifs PAERPA dans les territoires, sachant que les résultats produits à plus long terme sur les parcours de santé des personnes âgées seront davantage étudiés dans le cadre de l'évaluation quantitative conduite par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). ²⁸

²⁵ <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PRSP.pdf>

²⁶ La pertinence interroge l'adéquation entre la nature du problème à résoudre et le type d'intervention mise en œuvre. (L'évaluation de l'action publique dans le domaine de la santé, Françoise Jabot)

²⁷ Ce critère apprécie la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les effets obtenus aux effets attendus, ces effets étant imputables à cette intervention. (L'évaluation de l'action publique dans le domaine de la santé, Françoise Jabot)

²⁸ http://www.cso.edu/fiche_actu.asp?actu_id=1782

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

En effet, une évaluation scientifique indépendante des impacts médicaux et économiques des projets pilotes est exigée dans le cahier des charges PAERPA. L'évaluation d'impact au niveau national, confiée à l'IRDES, a pour objectif d'apporter des éléments quantitatifs permettant d'apprécier les résultats des projets, au moyen de critères communs, en tenant compte de leurs spécificités territoriales et organisationnelles. Cette évaluation doit permettre de mesurer la part des effets imputables aux projets PAERPA dans les résultats observés (volumes d'hospitalisation, consommation médicamenteuse, qualité de prise en charge, etc.) au regard des objectifs de PAERPA. L'évaluation d'impact portée par l'IRDES permettra d'identifier les interventions susceptibles d'être efficaces et reproductibles pour en améliorer la qualité et l'efficacité.²⁹

La dénomination CTA étant relativement récente, peu d'évaluation ont été effectuées jusqu'à lors. Les CLIC et les réseaux étant des dispositifs de coordination antérieurs aux CTA, ceux-ci ne semblent pas non plus avoir été évalués depuis leurs créations. En effet, d'après le rapport *Evaluation de la coordination d'appui aux soins* réalisé par l'IGAS en 2014, « l'évaluation des coordinations existantes est très insuffisante et la mission n'a pu véritablement disposer de documents de synthèse au plan national. Les sources les plus lacunaires concernent les CLIC pour lesquels il n'existe pas de données nationales depuis la décentralisation du dispositif au 1^{er} janvier 2005. Pour les réseaux de santé, les éléments d'appréciation figurent dans le guide produit par la DGOS en octobre 2012. Pour les MAIA, le bilan que la mission a exploité est celui du plan Alzheimer. »³⁰.

Une évaluation nécessitant d'interroger les utilisateurs de la CTA prend du temps et c'est peut être une raison pour expliquer ce manque d'évaluation de tels dispositifs. Egalement, puisque les CTA sont des dispositifs récents, il convient de laisser un certain laps de temps de vie à ces dispositifs afin d'apprécier leurs impacts. C'est ce que préconise le rapport *L'expérimentation PAERPA : accompagner les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la structuration d'un parcours coordonné de santé* produit dans le cadre d'un MISP³¹

²⁹<http://www.irdes.fr/recherche/projets/paerpa-evaluation-du-parcours-sante-des-aaines/actualites.html>

³⁰ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf

³¹ Module interprofessionnel de santé publique

Estelle Brénaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

de l'EHESP: « il serait pertinent de poursuivre les projets pilotes et de compléter l'évaluation de 2016 par une nouvelle évaluation en 2019 soit 5 ans après le déploiement des projets, permettant de constater les effets de l'évolution des pratiques professionnelles. ».

3.1.2 Évaluation du projet PAERPA par l'ISPED

L'ISPED a été missionné afin de réaliser une évaluation des dispositifs PAERPA. Pour cela, l'équipe va s'atteler à trois enquêtes :

- Avant / après mise en place du PAERPA en étudiant les évolutions individuelles.
 - Avant / après PAERPA en réalisant une comparaison avec la cohorte 3C³².
- L'hypothèse est que tous les sujets de Bordeaux bénéficient du PAERPA et donc une étude avant / après mise en place du projet va être effectuée.
- Ici / Ailleurs. Une comparaison des sujets des zones PAERPA avec les autres cohortes 3C (hors cohorte 3C Bordeaux), Dijon et Montpellier va être réalisée.

De plus, est organisé le suivi d'une cohorte de sujets fragiles (N=500) sélectionnés par le médecin traitant dans le cadre du PAERPA et pris en charge par la Plateforme autonomie seniors et la Coordination clinique de proximité (CPP). Ces 500 sujets qui bénéficieront d'une prise en charge spécifique seront comparés à des sujets non PAERPA. Un suivi à 1 an avec visite intermédiaire à 6 mois sera réalisé.³³ Lors de cette enquête, les inégalités seront analysées sur certaines caractéristiques (âge, sexe, niveau d'études, déficit cognitif et démence...) sur la zone où le PAERPA est instauré VS celles où il ne l'est pas. Des analyses avant-après et comparatives entre zones PAERPA et les autres sur les événements d'intérêt majeur seront réalisées (transition entre l'état de fragilité et la dépendance, aggravation de la dépendance, entrée en institution, qualité de vie et mortalité).

³² L'étude 3C est une étude dite « de cohorte ». Le principe de ce type d'étude est de recueillir au départ une masse d'informations sur des personnes qui sont en bonne santé, ou du moins qui ne souffrent pas de la maladie que l'on veut étudier, ici la maladie d'Alzheimer, puis de suivre ces personnes pendant plusieurs années. Le temps passant, certains de ces individus vont être atteints de la maladie d'Alzheimer.

Pour l'étude 3C, 9294 personnes âgées de 65 ans ou plus ont été recrutées dans les villes de Bordeaux, Dijon et Montpellier (d'où le nom Trois Cités), par tirage au sort sur les listes électorales. <http://www.three-city-study.com/l-etude-des-trois-cites-3c-historique.php>

³³ <http://www.plateforme-cassiopee.fr/Projet-Paerpa.aspx>

Estelle Brénaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Ces études permettent d'approcher les effets du PAERPA sur une période de long terme grâce à ce suivi de cohorte. C'est pourquoi, l'enquête présentée ci-après est nécessaire pour identifier l'adéquation des dispositifs qui ont été mis en place au regard des besoins des professionnels et personnes âgées.

3.1.3 Recueil des données pour l'enquête qualitative

La Plateforme autonomie seniors est au cœur de la coordination et est donc un carrefour de rencontre de différents usagers. En effet, la Plateforme autonomie seniors est directement au contact des professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers...), des professionnels du social (assistants sociaux, aides à domicile...), des personnes âgées, ainsi que de leurs proches et aidants. C'est pourquoi, afin d'effectuer une évaluation qualitative³⁴ de la Plateforme autonomie seniors, il fallait interroger ces différents types de personnes pour avoir une vision globale des usagers étant au contact de la CTA.

Afin de pouvoir commencer à identifier des axes de réflexion pour l'évaluation, j'ai été accueillie, pendant la semaine du 14 mars 2016, par les professionnels de la Plateforme autonomie seniors. Ainsi, lors de cette semaine, ceux-ci m'ont présenté leurs missions et j'ai pu échanger avec eux. Cette semaine a été très enrichissante puisque leur rencontre m'a permis de réellement apprécier leurs différentes missions. Grâce à ces échanges, j'ai commencé à construire ma réflexion pour les différents questionnaires d'évaluation (cf. annexe n°6).

Finalement, j'ai choisi de réaliser 5 questionnaires d'évaluation différents :

- un pour les médecins
- un pour les professionnels de santé et du social
- un pour les personnes âgées
- un pour les proches et aidants
- un pour les professionnels de la CTA.

De mon point de vue, il était important de distinguer les médecins des autres professionnels de santé. En effet, les médecins étant désignés comme les

³⁴ Une étude qualitative est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs (focus group) ou individuels ou par des observations en situation menés auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements

Estelle Brénaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

initiateurs des PPS, il paraissait pertinent d'ajuster les questions en ce sens et de centraliser leurs réponses dans un seul questionnaire. Les professionnels de santé et du social ont été regroupés, car, gravitant ensemble autour de la personne âgée, je souhaitais leur poser les mêmes questions.

La construction des questionnaires a été facilitée grâce à ma connaissance des enjeux de l'évaluation.

Je suis partie de la réflexion suivante :

Au titre de son activité et plus particulièrement pour les personnes âgées de 75 ans et plus relevant de la CTA, la Plateforme autonomie seniors recense de nombreux indicateurs quant à son fonctionnement (nombre d'appels téléphoniques, motifs d'appels, nombre de PPS etc...). Le nombre de PPS initiés depuis le début de la plateforme (janvier 2015) est seulement de 90. C'est un chiffre relativement faible qui à lui seul ne peut refléter l'activité de la plateforme. Il convient de comprendre pourquoi ce chiffre est bas et de pouvoir analyser le fonctionnement de cette plateforme et le pilotage de ce projet PAERPA à Bordeaux. Ces éléments ne permettent pas d'évaluer l'activité quantitative et surtout qualitative de la CTA. C'est pourquoi, une analyse qualitative auprès des professionnels de santé, des professionnels sociaux, des personnes âgées, des aidants et des professionnels de la CTA devrait permettre d'analyser les plus-values apportées par la plateforme au-delà du nombre de PPS créés.

L'enquête aspire à répondre aux questions suivantes : Quelle est la plus-value de la Plateforme autonomie seniors pour les personnes âgées et leurs proches ? Répond-elle aux besoins des professionnels de santé, du social et du médico-social ? Quelles sont les conditions pour réussir un projet expérimental ?

Mes hypothèses de départ afin de répondre à ces questions étaient les suivantes :

-La Plateforme autonomie seniors apporte un réel suivi dans la prise en charge des personnes âgées impactant de manière positive leur vie quotidienne.

-La Plateforme autonomie seniors répond aux attentes des professionnels et vient en appui à leurs pratiques.

-La mise en place d'un projet porté par l'ARS peut être difficile si celui-ci est porté unilatéralement.

Pour procéder à l'analyse, il avait été convenu de choisir une semaine d'activité de la plateforme, soit le 9 mai 2016. Sur cette semaine, devaient être recensés tous les appels reçus par la plateforme et toutes les visites à domicile effectuées. L'idée était d'évaluer la plateforme afin d'analyser la satisfaction des professionnels de santé, des personnes âgées et des aidants. Le questionnaire de satisfaction des professionnels de la CTA a également été envoyé la même semaine.

Pour ce faire, j'avais écrit une procédure de recueil des données à l'attention des professionnels de la CTA. Ainsi, pour les personnes âgées, les professionnels de la Plateforme autonomie seniors devaient seulement les informer que je les contacterais au téléphone. De plus, pour les professionnels de santé, du social, pour les proches et médecins, je souhaitais que les professionnels de la CTA demandent, à la fin de tous leurs entretiens téléphoniques et visites à domicile, les adresses mails de leurs interlocuteurs afin que je puisse leur envoyer le questionnaire pour qu'ils répondent en ligne.

La procédure de recueil des données ne s'est pas vraiment déroulée ainsi puisqu'il a été difficile pour les professionnels de la CTA d'avoir le réflexe de demander le mail à leurs différents interlocuteurs sur une semaine d'activité. J'ai dans un premier temps opté pour étendre la semaine de recueil des données à la semaine suivante, mais l'ajout de nouvelles personnes a été très faible. C'est pourquoi, j'ai finalement décidé de recenser tous les professionnels de Bordeaux inscrits dans PAACO-globule et ayant une adresse mail qui était renseignée afin de leur envoyer le questionnaire.

Ainsi, le questionnaire en ligne a été envoyé à :

-121 médecins généralistes

-14 proches

-103 professionnels de santé : dont 72 IDE, 17 kinésithérapeutes, 7 pharmaciens, 6 orthophonistes, 1 podologue

-54 professionnels du social

-24 professionnels de la CTA

Également, 20 personnes âgées ont été sélectionnées afin d'être contactées pour répondre à l'enquête au téléphone.

Ainsi, l'envoi du questionnaire en ligne par le site internet Wepi³⁵ n'entraîne pas de biais particulier, à part le fait que le questionnaire ait été envoyé aux professionnels ayant une adresse mail renseignée dans PAACO-globule. Cependant, la sélection des personnes âgées a été légèrement biaisée puisque les assistants de coordination et coordinateurs de secteurs ont pris connaissance du support et évalué *a priori* la qualité des réponses que les personnes âgées pourraient m'apporter et donc ne m'ont pas fourni les noms des personnes ayant des troubles cognitifs ou une certaine fragilité qui ne leur permettraient pas d'être questionnées. Également, aucune personne âgée ayant un PPS n'avait contacté la CTA sur les deux semaines tests, donc j'ai demandé à la pilote du CLIC de me fournir quelques noms.

Afin d'étoffer le nombre de réponses, j'ai également appelé 2 médecins, 5 proches, ainsi qu'une infirmière.

3.2 Résultats

Au total, ont été interrogés :

-14 médecins dont 5 ayant initié au moins un PPS. (taux de réponse : 11.57%).

-18 professionnels du social et du sanitaire dont 8 ayant initié au moins un PPS.
(taux de réponse : 11.46%)

-11 proches de personnes âgées. (taux de réponse : 78,57%)

-12 professionnels de la CTA, Plateforme autonomie seniors. (taux de réponse : 50%).

-20 personnes âgées dont 6 bénéficiant d'un PPS. (taux de réponse : 100%).

3.2.1 Les médecins :

Nous allons dans cette partie analyser les différentes réponses des médecins généralistes.

³⁵ Questionnaires en ligne pour épidémiologistes et professionnels de santé <http://wepi.org>
Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- Typologie

10 hommes et 4 femmes composent cet échantillon de médecins. 6 médecins avaient entre 35 et 50 ans, et 8 avaient plus de 50 ans. Cette proportion correspond à la part des médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans qui est de 40.1% sur la ville de Bordeaux.³⁶ Ceux-ci se sont montrés intéressés par l'enquête et expérimentent ce dispositif novateur qu'est la CTA. 6 médecins exerçaient seuls et 8 dans un cabinet avec associés.

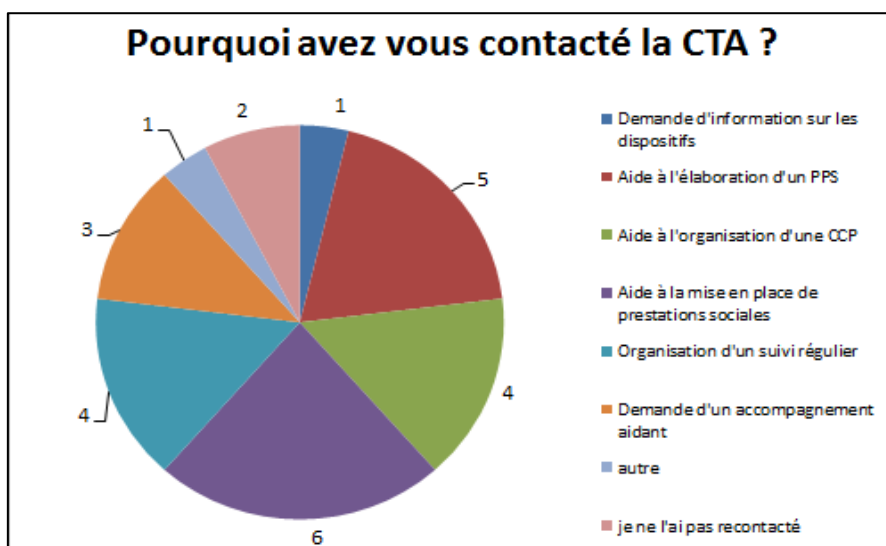
- Connaissance de la CTA

La moitié des médecins interrogés ont pris connaissance de l'existence de la CTA grâce aux réunions de quartiers qui ont été organisées lors du lancement de la Plateforme autonomie seniors en 2015. Ces réunions de quartiers ont été appréciées des professionnels comme l'avait souligné la courte enquête d'évaluation de l'ARS effectuée à la suite de ces réunions de quartiers. Pour preuve, ces réunions avaient intéressé la moitié des professionnels qui ont répondu à l'enquête. 5 médecins ont été directement contactés par la CTA et seulement 1 a sollicité la CTA suite au conseil d'un autre professionnel de santé.

Concernant le site internet de la Plateforme autonomie seniors, 3 professionnels sur 11 l'ont consulté pour y trouver de l'information.

- Les raisons du contact avec la CTA

³⁶ http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#i=offre_sante.part_mg55p;sly=f_bv_e_DR;z=-149885,5666134,171614,127892;v=map33;l=fr;sid=535



Les médecins ont répondu avoir contacté la CTA pour plusieurs raisons, notamment l'élaboration d'un PPS et la mise en place de la CCP qui ont été cités respectivement 5 et 4 fois sur 14 médecins généralistes. Pratiquement la moitié des médecins (6) ont sollicité la CTA pour l'aide à la mise en place des prestations sociales, 4 concernant l'organisation d'un suivi régulier et 3 concernant une demande d'accompagnement d'aidant. Seulement 1 médecin a contacté la CTA pour une demande d'information sur les dispositifs.

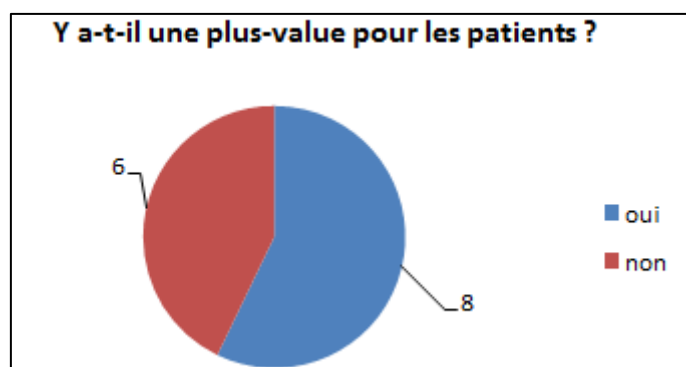
Les médecins avec lesquels j'ai échangé m'ont effectivement confirmé que ceux-ci contactaient la CTA dans le but de faire le lien avec le « monde » du social. Également, ils apprécient le fait de pouvoir demander à la CTA d'effectuer des visites à domicile afin d'évaluer les besoins de la personne au domicile, au-delà de ses problématiques médicales et de « déléguer » cette recherche de professionnels et les possibilités qui s'offrent aux usagers dans la mise en place d'aides financières. Ainsi, les médecins généralistes peuvent se concentrer sur leur métier et prodiguer du soin, tout en sachant que la personne bénéficie d'un suivi social. C'est pourquoi, ceux-ci sont demandeurs d'un suivi régulier de la personne organisé par la CTA.

- Coordination sanitaire-social



9 médecins sur 14 estiment que la CTA est vecteur d'une plus-value concernant la coordination entre le domaine médical et social. En effet, pour citer les médecins, la CTA dispose d'une « meilleure connaissance [qu'eux] des possibilités offertes pour les patients et familles », « la mise en place d'un suivi social n'est pas facile d'une manière générale, pouvoir communiquer facilement avec les travailleurs sociaux est un atout. ». La CTA « apporterait un gain de temps devant la multiplicité de l'offre » et permettrait « une meilleure coordination des soins » « via PAACO » notamment. Parmi ceux ayant répondu « Non », seulement 2 se sont justifiés en évoquant que la CTA était un « dispositif intéressant mais pas plus efficace que [leurs] réseaux actuels ».

- La plus-value pour les patients



Concernant la plus-value pour les patients, 8 médecins estiment qu'il y en a véritablement une. La CTA permettrait une « prise en charge rapide et personnalisée » ainsi qu'une « meilleure coordination des soins ». Parmi ceux ayant répondu « Non », le temps de réponse dans la mise en place des aides est évoqué : « délai de réponse pratique dépassé ». C'est pourquoi, ils pensent que la CTA

apporterait un bénéfice « plus pour les professionnels », car elle serait un appui dans leurs pratiques. Néanmoins, concernant le délai de traitement des demandes d'aides financières par exemple, celui-ci est indépendant de la CTA, et elle n'a que peu de leviers pour accélérer les démarches administratives.

- Les avantages et inconvénients de la CTA

A propos des avantages de la CTA, les médecins ne tarissent pas d'éloges : « elle a le mérite d'exister » c'est « un potentiel de moyens » permettant une « facilité de contact », une « communication facile avec les travailleurs sociaux », « d'activer rapidement des moyens en fonction de l'état du patient », c'est une « initiative intéressante » de type « gestion externalisée des paramètres non médicaux » qui « devrait coordonner et soulager les professionnels de santé » grâce à « sa simplicité et sa réactivité, permettant de trouver les informations au même endroit ».

A contrario, ils ne sont pas non plus avares en commentaires négatifs. Concernant notamment sa « lourdeur de mise en œuvre », son « manque de personnalisation », la structure serait « lourde et complexe », et les « horaires d'ouverture insuffisants ». La Plateforme autonomie seniors dispose d'un numéro unique où différents assistants de coordination peuvent répondre. Ensuite, un coordonnateur de secteur est référencé dans le suivi d'une personne âgée. C'est pourquoi, l'insuffisance de personnalisation de la CTA relatée par les médecins, reflète plutôt un manque de connaissance du fonctionnement de celle-ci, car une seule personne s'occupe du suivi. Sur les propositions d'amélioration de la CTA, les professionnels évoquent des gardes 24h/24. Cependant, la CTA n'a pas vocation à gérer l'urgence vitale. De plus, la CTA est dépendante de certains services administratifs qui eux ne seraient pas ouverts 24h/24. Donc l'activation des différentes aides et dispositifs ne peut s'effectuer que sur des horaires de travail habituels. Malgré cela, les médecins souhaitent pouvoir « laisser un message » à la CTA, lorsque, par exemple, ceux-ci se trouvent au chevet de leurs patients après 18h, ou le weekend, pour transmettre

certaines informations qui ne nécessitent pas un traitement immédiat. Ils évoquent, la mise en place d'un portage de repas au domicile, l'activation de l'APA, même si toutefois, ces aides peuvent être caractérisées d'« urgence sociale » (Brémond et al., 2002). En dehors des horaires 8h30-18h, un répondeur téléphonique avait d'ores et déjà été mis en place pour que les messages déposés le weekend puissent être traités dès le lundi matin, mais jusqu'alors seulement un message a été laissé. De plus, la nuit et le weekend les appels provenant des professionnels de santé sont directement réorientés vers le centre d'accueil et de permanence de soins (CAPS) et une astreinte sociale est effectuée par la mairie pour les urgences sociales. Les voies de communication en dehors des horaires ouvrés de la CTA sont alors très présentes. Davantage les communiquer semble nécessaire au vu de la demande émanant des médecins.

10 médecins sur 14 s'estimaient quant à eux satisfaits de la plage horaire d'ouverture de la CTA.

- Le système d'information PAACO-globule

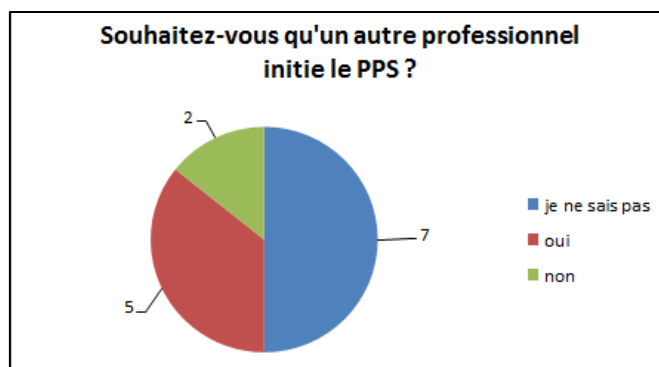
Sur les 14 médecins interrogés, la moitié était connectée au logiciel. Sur les 7 disposant de PAACO, 3 considéraient être satisfaits de l'outil. Sur les 14, seulement 2 pensaient que le logiciel allégeait les tâches administratives.

Sur les satisfactions concernant l'outil, un professionnel l'estime fluide et un autre attend son évolution afin que l'élaboration du PPS puisse s'effectuer en mobilité. Les arguments à propos de la non-satisfaction de l'outil PAACO-globule concerne ses nombreuses mises à jour et sa complexité d'utilisation. L'URPS des médecins libéraux souhaite fortement inciter les médecins libéraux à se connecter au logiciel et est convaincue de son utilité. C'est pourquoi, ceux-ci ont décidé d'organiser des actions de communication afin de promouvoir le logiciel. Ils pensent notamment que la propagation du logiciel à un bon nombre de professionnels pourra se faire par du bouche à oreille. Le tout est alors de trouver des médecins « ambassadeurs »

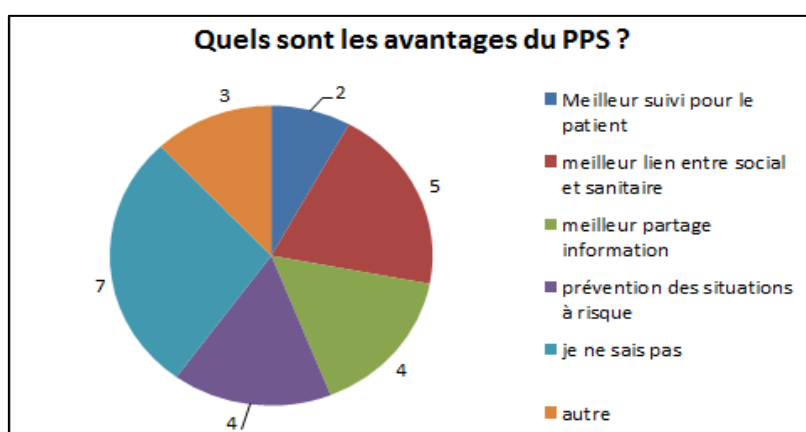
prônant l'utilisation de PAACO-globule et sa plus-value concernant la qualité de travail qu'il apporte.

- Les PPS

11 médecins sur les 14 interrogés connaissaient les PPS. Sur le nombre de professionnels qui connaissaient les PPS, 5 en avaient initiés. Et, en moyenne, les médecins qui en avaient initiés l'avaient fait pour environ 7 patients.



Le PPS doit être initié et validé par le médecin traitant. Les médecins traitants ont peu le réflexe de formaliser ce type de document alors que pour les infirmiers par exemple, la logique est mieux perçue. C'est pourquoi, j'ai souhaité poser la question aux médecins traitants pour savoir s'ils souhaitaient qu'un autre professionnel initie le PPS. La moitié n'a pas émis d'opinion, 5 ont répondu « oui » et seulement 2 « non ». Parmi ceux ayant répondu « non », un des deux connaissait les PPS mais n'en n'avait pas initié.



Pour les médecins, les avantages du PPS seraient difficilement identifiables. Plus de la moitié a répondu qu'ils n'y voyaient pas d'avantages. 5 ont tout de même quasiment coché à la fois le « meilleur lien entre le social et le sanitaire », « le

meilleur partage d'information » et une « prévention des situations à risque ». Seulement 2 ont noté un « meilleur suivi pour le patient ».

Concernant les inconvénients du PPS, les médecins évoquent le fait qu'il soit « un document de plus à remplir », « qu'ils ont déjà trop de travail », et enfin, qu'il serait « purement administratif n'ayant aucun rapport avec le terrain ».

De fait, leur avis concernant les perspectives d'amélioration des PPS est primordial. Les médecins préconisent :

-de « s'appuyer sur des outils numériques déjà utilisés » : ce qui correspond à la piste d'intégrer la saisie des PPS dans PAACO-globule en mobilité.

-que « la coordination doit être faite par un acteur social et non par le professionnel de santé » : ce point est actuellement en cours de travail avec la Plateforme autonomie seniors. En effet, il est prévu que la CTA puisse avoir un rôle d'animateur et d'information des membres de la CCP.

-« d'en comprendre l'intérêt par rapport au travail avec les intervenants pour que cela se fasse de façon naturelle » : ce point est également en cours de travail avec les URPS grâce à une forte communication et une sensibilisation qui seront déployées à la rentrée.

Les médecins étaient 8 à se déclarer non-satisfaits de la rémunération entraînée suite à l'ouverture d'un PPS. Sur ceux qui ont justifié leur non-satisfaction, un professionnel a évoqué ne pas savoir qu'il y en avait une (celui-ci n'en avait pas initié), et un autre l'a jugée « insuffisante car elle devrait rémunérer aussi la coordination ». Sur les 5 qui avaient initié un PPS, 2 jugeaient sa rémunération satisfaisante, et 2 étaient, à l'époque, en attente de paiement.

3.2.2 Les professionnels du social :

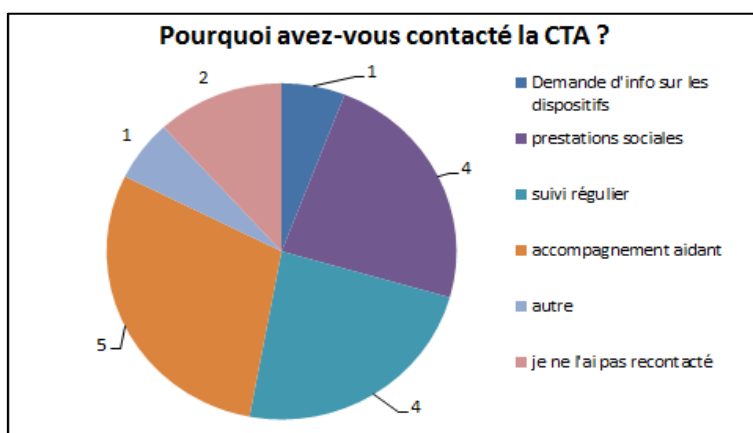
- Typologie :

Parmi les 9 professionnels du social ayant répondu à l'enquête, on compte : 4 assistantes sociales, 1 aide à domicile, 1 directrice de structure d'aide à domicile, un responsable d'insertion sociale, un CESF, une directrice d'EHPAD. Les professionnels du social ou médico-social comptaient 6 femmes et 3 hommes. 4 avaient entre 20 et 35 ans, 3 entre 35 et 50 ans, et 2 ont 50 ans et plus.

- Connaissance de la CTA :

4 professionnels du social sur les 9 ont eu connaissance de l'existence la CTA par le biais d'un autre professionnel, 2 ont été directement appelés par la CTA et ont donc pris contact avec celle-ci par ce biais, 1 participait au projet PAERPA (la directrice d'EHPAD), 1 se rendait aux réunions partenaires (1 assistante sociale) et 1 en a eu connaissance via une affiche ou poster. Aucun professionnel du social n'a pu découvrir PAERPA par le biais des réunions de quartiers car, seuls, les professionnels de santé étaient conviés. 5 professionnels disent régulièrement chercher de l'information sur le site Internet de la Plateforme autonomie seniors. Pour les professionnels du social, le bouche à oreille semble avoir été vecteur d'incitation à découvrir le dispositif.

- Les raisons du contact avec la CTA



Un peu plus de la moitié des professionnels ont directement contacté la plateforme pour la première fois.

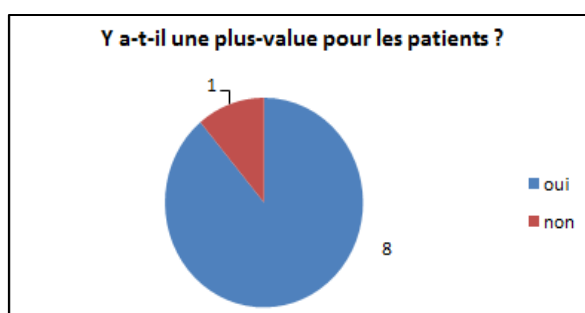
5 professionnels ont notifié avoir contacté la CTA pour une demande d'accompagnement d'aidant, 4 pour l'activation des prestations sociales et l'organisation d'un suivi régulier. Ces réponses semblent cohérentes au regard de leurs professions. 2 n'ont pas recontacté la CTA et 1 souhaitait de l'information concernant différents dispositifs. Comme pour les médecins, les professionnels du social ne contactent pas la CTA dans le but de s'informer sur les dispositifs existants mais sollicitent celle-ci en appui dans leur travail quotidien.

- Coordination sanitaire-social



Seulement 1 professionnel estimait qu'il n'y avait pas de plus-value concernant la coordination entre le sanitaire et le social. Celui-ci regrette le « numéro unique car il ne bénéficierait plus d'un accès direct au travailleur social qui prendrait en charge la situation (ce qui était le cas avec le CLIC) ». Les 8 autres estiment quant à eux que la CTA « est au centre du dispositif de la population vieillissante, elle permet d'orienter vers les services compétents », « elle permet de mettre en lien différents services : infirmier, aide à domicile, portage de repas etc. », les professionnels apprécient de trouver « des réponses sur Bordeaux auxquelles on ne pense pas, il y a de la réactivité et de l'écoute ».

- La plus-value pour les patients



On voit apparaître la même répartition concernant la plus-value pour les patients ce qui serait confirmé pour 8 professionnels sur 9. Ceux-ci estiment que la CTA « regroupe toutes les informations », plusieurs professionnels ont connu des exemples de suivis réussis : « avec par exemple, l'obtention d'une place en RPA » une bonne « orientation des familles et patients » ainsi qu'un bon « accompagnement proposé à la sortie de l'hôpital ».

Le professionnel ayant répondu « non » est le même que pour la question précédente et estime qu'il y a « peu de retour au professionnel ». Ce suivi est clairement un facteur d'adhésion des professionnels. Un précédent travail avait consisté en la persuasion des professionnels de la CTA d'effectuer ce retour aux professionnels, cette modification de pratiques est en constante appropriation.

- Les avantages et inconvénients de la CTA

L'organisation de la CTA comme appui et centralisateur de la coordination des professionnels autour de la personne âgée correspondrait, pour 8 professionnels, à leurs attentes. Toujours le même professionnel a répondu que ce système ne serait pas une attente des professionnels et n'a pas souhaité justifier sa réponse. 7 recommanderaient la CTA à d'autres professionnels et 2 non. Tous sont satisfaits de la plage horaire d'ouverture de la CTA.

Les avantages de la CTA porteraient dans le fait « d'avoir un interlocuteur qui regroupe toutes les informations », « la coordination et l'orientation », le fait qu'elle soit un « relais », que les professionnels de la CTA disposent d'une « grande disponibilité, compétence, connaissance du métier », de plus, « la réponse au téléphone est rapide ». Également la directrice d'EHPAD voit la CTA comme étant un « formidable relais ».

Concernant ses inconvénients, ont seulement été cités, *a contrario* d'un professionnel qui la trouvait rapide : « un temps d'attente dû au numéro unique », un « manque de lisibilité », un manque de « communication large dans la ville » et des « interventions au domicile des patients parfois tardives ». Il convient de préciser qu'en septembre 2015, le temps moyen d'attente avant qu'un opérateur décroche était de 1min30 secondes, en décembre 2015, ce chiffre a baissé à 43 secondes. La réduction du temps d'attente résulte de la mise en place d'une boîte vocale qui se déclenche après 30 secondes d'attente pour les professionnels : ils peuvent ainsi laisser leur message et leurs coordonnées afin qu'un opérateur les rappelle. Les assistants de coordination reçoivent l'alerte par mail et rappellent dès qu'ils sont disponibles.

En perspectives d'améliorations, les professionnels ont signifié n'en voir « aucune ». Un professionnel souhaite avoir une « grille d'analyse des situations pour mieux orienter ». Des pochettes de communication des dispositifs PAERPA où sont intégrées des fiches métiers de type, « des solutions pour le médecin généraliste », sont disponibles sur simple demande auprès de l'ARS. Ainsi, les professionnels peuvent y trouver toutes les informations nécessaires à une bonne coordination et connaître l'étendue des dispositifs et des fonctions de chaque professionnel intervenant autour de la personne âgée.

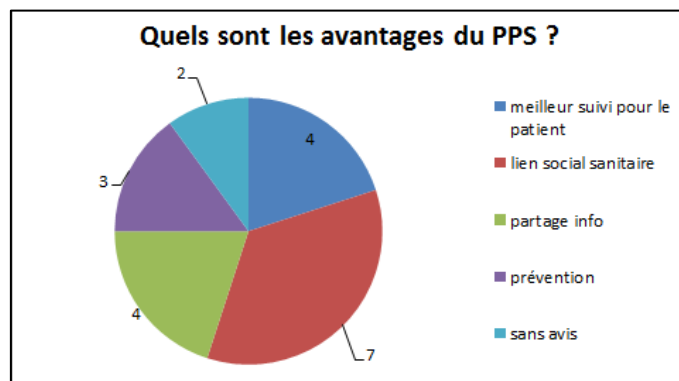
- Le système d'information PAACO-globule

Aucun professionnel du social ne disposait d'un compte PAACO-globule.

- Les PPS



Les professionnels du social étaient 7 à connaître les PPS, et 4 suivaient une personne âgée disposant d'un PPS. Par définition, les professionnels du social ne sont pas intégrés dans la CCP. A l'unanimité, les professionnels du social souhaiteraient pouvoir initier les PPS.



Pour 7 d'entre eux, le PPS permettrait un meilleur lien entre le sanitaire et le social, pour 4 cela améliorerait le partage d'informations et aurait pour conséquence un meilleur suivi pour le patient. Enfin, pour 3, le PPS serait un bon dispositif de prévention.

Concernant ses inconvénients, une seule personne a évoqué qu'il serait « restrictif dans sa prise en charge », et en amélioration, une personne souhaiterait pouvoir y accéder en se créant un compte PAACO-globule.

Concernant sa rémunération, les professionnels ne savaient pas que la création d'un PPS engendrait une rémunération pour les membres de la CCP puisqu'ils n'en font pas partie.

3.2.3 Les professionnels de santé :

- Typologie

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes - 2015-2016

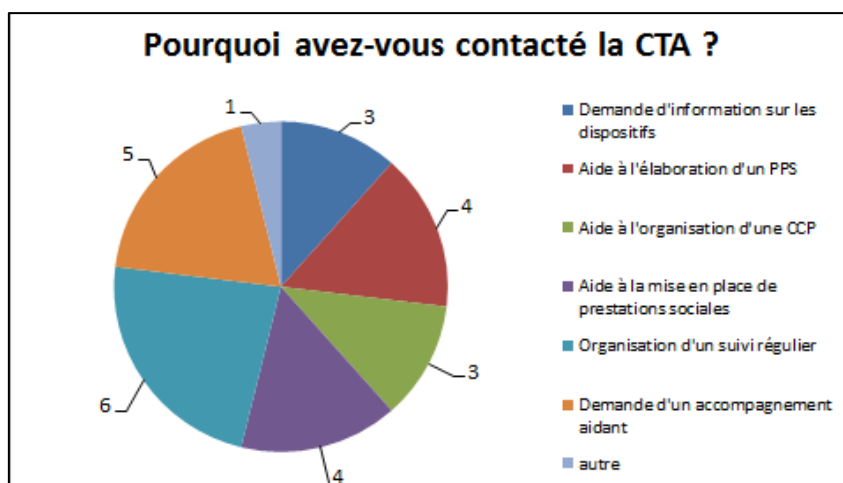
Parmi les professionnels du sanitaire : outre les 14 médecins généralistes, nous allons ici analyser les réponses des 6 infirmiers, 1 orthophoniste, 1 kinésithérapeute et 1 pharmacien. On comptait 7 femmes et 2 hommes. 2 ont un âge compris entre 20-35 ans, 5 entre 35-50 ans et 2 ont 50 ans et plus.

- Connaissance de la CTA

Pour les professionnels du sanitaire, 3 ont pu découvrir PAERPA via les réunions de quartiers, 3 grâce à un autre professionnel, 1 a directement été contacté par la CTA, 1 est le représentant URPS des Kinésithérapeutes, et 1 autre a pris connaissance du dispositif PAERPA lors des réunions de formations organisées par le Grieps³⁷ notamment sur Bordeaux. 5 professionnels du sanitaire ont contacté pour la première fois d'eux-mêmes la CTA. Seulement 2 se rendent sur le site Internet afin d'y trouver de l'information.

Comme pour les médecins et les professionnels du social, les réunions de quartiers et le bouche à oreille permettent de fédérer de plus en plus de professionnels.

- Les raisons du contact avec la CTA



Un peu plus de la moitié des professionnels ont directement contacté la plateforme pour la première fois.

6 professionnels du sanitaire ont répondu avoir appelé la CTA pour une organisation d'un suivi régulier d'un patient et 5 ont demandé un accompagnement d'aidant, 4 ont sollicité de l'aide pour l'élaboration d'un PPS et, également, 4 pour l'aide à la mise en place de prestations sociales.

³⁷ Organisme de formation et de conseil pour les professionnels de santé salariés et les professionnels de santé libéraux

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Comme tous les précédents professionnels, les professionnels du sanitaire contactent la CTA non pour s'informer sur les dispositifs existants, mais recherchent l'organisation d'un suivi régulier et un appui dans leurs pratiques.

- Coordination sanitaire-social

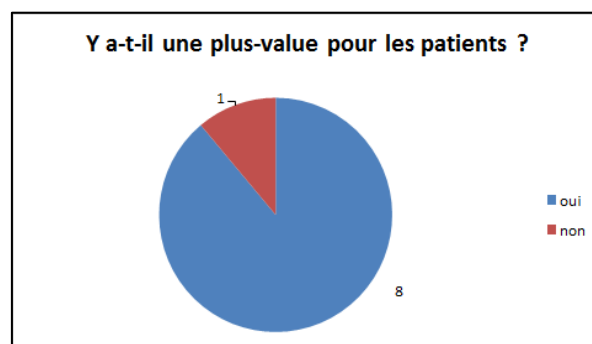


3 professionnels du sanitaire estiment qu'il n'y a pas de coordination entre le sanitaire et le social, alors qu'un seul professionnel du social le pensait.

Les trois personnes ont évoqué qu'il n'y avait pas une plus-value de coordination entre le sanitaire et le social, du fait d'un manque de communication et de retours.

En revanche, les 6 autres personnes qui voyaient en la CTA une plus-value permettant un lien entre le sanitaire et le social, estiment que la CTA est : une « belle initiative », « la plateforme regroupe désormais plusieurs compétences et je l'identifie comme le cœur de la coordination », elle serait « plus au fait des aides possibles », elle est « pratique, accueillante et patiente bref un savoir-faire et un savoir être adapté au public concerné. » Enfin, « c'est un interlocuteur unique qui répond rapidement à de nombreuses questions parfois urgentes autour du soutien social et médical des personnes âgées isolées et fragiles. ».

- La plus-value pour les patients



Un seul professionnel estime que la plateforme n'apporte pas de plus-value pour les patients car elle n'assurerait « pas de suivi personnalisé ». Or, pour les cas les

plus complexes, la CTA se déplace au domicile, et est un réel appui pour ces personnes comme on l'évoquera lors de l'analyse des réponses des personnes âgées. Pour les professionnels qui constatent une plus-value de la CTA pour les patients, ils l'expliquent du fait d'une « meilleure coordination soins/démarches sociales ». Un professionnel a demandé à « certains des patients de rentrer en contact avec la CTA, et [ceux-ci] se sont sentis écoutés ». La CTA serait même caractérisée comme « un aidant spécifique » pour les professionnels apportant une « plus-value organisationnelle et humaine ».

- Les avantages et inconvénients de la CTA

La Plateforme autonomie seniors correspond aux attentes des futurs professionnels pour 8 professionnels du sanitaire sur 9.

Concernant ses avantages les professionnels évoquent : « une meilleure corrélation autour de la personne âgée, » une « plateforme qui regroupe plusieurs compétences sanitaires et sociales » où « il n'y a qu'un seul endroit où s'adresser », « un numéro et tout est fait », qui est un « outil en plus dans la prise en charge des patients à domicile ».

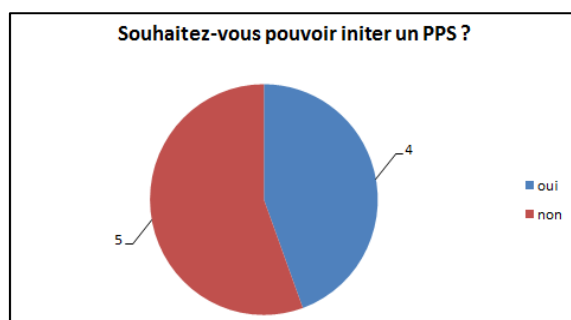
Néanmoins, « les conseils d'orientation du type mettez-vous en lien avec le conseil général pour l'APA peuvent être insuffisants et l'écouter n'a peut-être pas mesuré que la personne a besoin d'être accompagnée dans sa démarche et pas seulement référée ou aiguillée ».

7 professionnels recommanderaient la CTA à leurs confrères. Concernant les améliorations de la CTA, les professionnels ont évoqué « les délais pour les évaluations à domicile pour la mise en place ou réévaluation des aides trop longs ». La CTA est dépendante d'autres dispositifs et notamment du conseil départemental pour la mise en place des aides comme l'APA qui prend du temps et qui ne dépend pas de la volonté de la CTA.

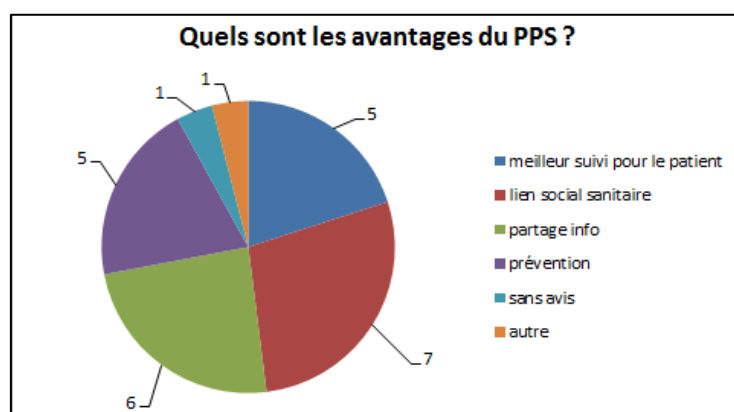
- Le système d'information PAACO-globule

Sur les 9 professionnels, 4 étaient connectés à PAACO-globule, et sur les quatre, trois étaient satisfaits de l'outil, mais ils considèrent que celui-ci ne diminue pas les tâches administratives.

- Les PPS



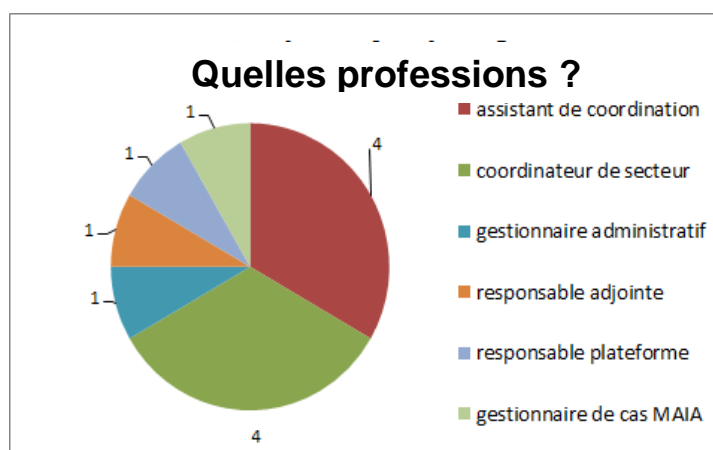
Tous les professionnels sauf 1 connaissaient les PPS. Sur ceux qui connaissaient les PPS, la moitié avaient dans leur patientèle au moins un patient ayant un PPS. Le médecin doit être l'initiateur du PPS, 100% des professionnels du social souhaiteraient aussi pouvoir initier des PPS, tandis que les professionnels du sanitaire sont seulement 4 à vouloir initier le PPS.



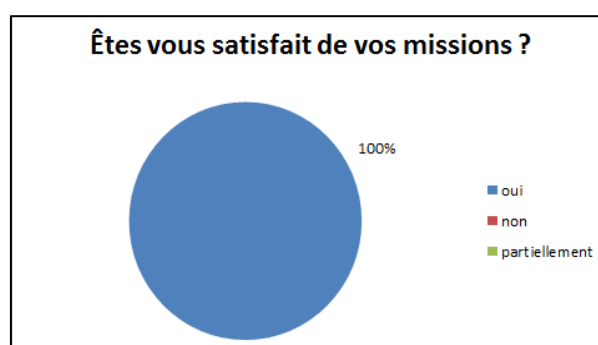
Les principaux avantages identifiés par les professionnels de santé à l'ouverture du PPS sont : comme les professionnels du social, le fait que le PPS améliorerait le lien entre le social et le sanitaire, ensuite, qu'il permettrait un meilleur partage d'informations, un meilleur suivi pour le patient et serait un dispositif apprécié de prévention. Les avantages des PPS seraient de « simplifier la communication ». Concernant la rémunération des PPS, sur les 4, seulement 1 professionnel était satisfait de la rémunération car les autres seraient en attente du versement ou ne savaient pas qu'ils y avaient droit. A la rentrée 2016, est prévu un nouveau protocole afin que ce soit la CTA qui informe tous les membres de la CCP de leur inclusion dans la CCP et le PPS, et aussi de les informer sur leur droit à une rétribution financière.

3.2.4 La CTA :

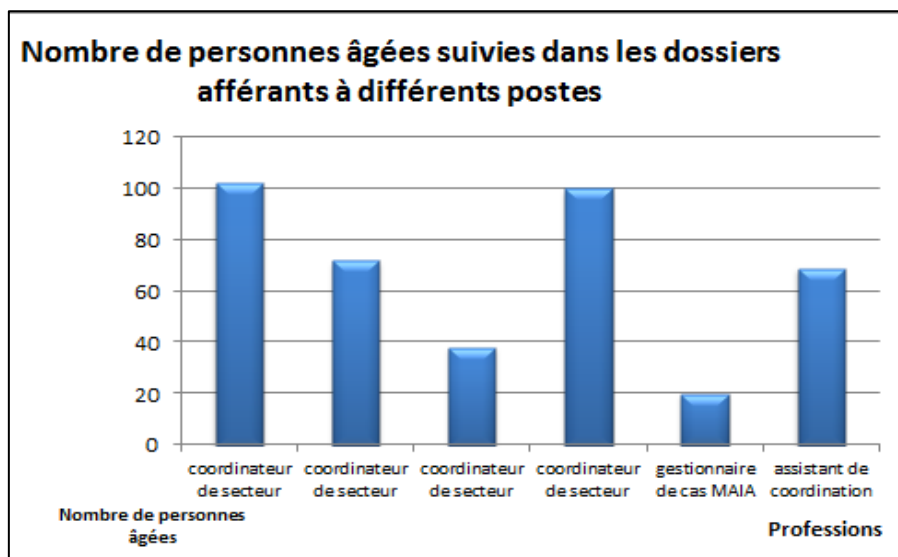
- Professions



La Plateforme autonomie seniors est constituée de 24 professionnels, 12 de ces professionnels ont répondu à l'enquête. Sur les 12 interrogés, on compte 4 assistants de coordination et 4 coordinateurs de secteur, la responsable de la CTA, la responsable adjointe qui est responsable du CLIC, 1 gestionnaire administratif, ainsi qu'un gestionnaire de cas MAIA. Ces profils représentent tous les métiers de la CTA sauf les professionnels étant à l'accueil physique de la Plateforme autonomie seniors, ainsi que les professionnels de la Lutte contre l'isolement.



Sur les 12 interrogés, 100% des professionnels se sont dit satisfaits de leurs missions. Leur profession leur permettant une « proximité et un accompagnement du public », ils ont un « sentiment d'utilité pour le public fragile », les « missions sont bien définies en adéquation avec la fiche métier de départ », les professionnels disposent notamment d'un « intérêt pour les missions et les projets, [d']une autonomie, et [d'une] confiance ». Ainsi, « la partie expérimentale et l'évolution vers la prévention auprès des personnes âgées orientées vers leur maintien à domicile est riche et permettra de modifier la vision actuelle des limites du domicile ». Tous ont évoqué que leurs missions étaient réalisables eu égard aux objectifs et moyens dont ils disposent.



Les professionnels suivent en moyenne 76 personnes âgées de 60 ans et plus (hors 30 personnes suivies par le gestionnaire de cas MAIA). Toutes ne disposent pas d'un suivi personnalisé et de visites à domicile régulières comme un suivi de type gestionnaire de cas MAIA, mais elles sont au moins recensées dans le système d'information PAACO-globule de la CTA comme des personnes en risque de perte d'autonomie ou déjà dépendantes.

- Les avantages et inconvénients de leurs professions

A la question, qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail, les professionnels ont répondu : « le contact avec le public et la diversité des tâches », « la relation d'aide », « la rencontre (téléphonique) avec les gens, la coordination », « mon indépendance et le contact avec les personnes âgées », « Tout !! Conduite de projet, management, pilotage de service... », « la possibilité d'être force de proposition et le fait de porter l'équipe dans un projet expérimental », « la variété ». De plus, on note que le « contact humain » a été maintes fois cité.

Concernant ce qui est le plus déplaisant dans leur travail, les professionnels ont répondu : « le fait de ne parfois pas pouvoir dénouer une situation », le « travail administratif », le « manque de temps », « parfois le manque d'implication des partenaires », et « le contrat précaire ». On peut également noter que certains professionnels n'ont pas évoqué d'inconvénients dans leur travail. Concernant le « contrat précaire » il est vrai que tous les professionnels de la CTA disposent d'un contrat à durée déterminée, sauf la responsable qui est titulaire de la fonction publique territoriale. Les professionnels ont différents contrats : certains ont un

contrat financé par le conseil départemental (CLIC) et d'autres un contrat financé par l'ARS dans le cadre de PAERPA. Les missions des professionnels peuvent être les mêmes, une seule et même équipe constitue la CTA, mais les financements des contrats viennent d'instances différentes. Ce qui peut créer quelques déséquilibres dans les équipes quand on sait que certains disposent de contrat allant jusqu'à la fin 2017, date de fin de l'expérimentation. Je n'ai pas ressenti de tensions entre les professionnels à ce propos, ceux-ci intériorisent plutôt le fait de ne pas avoir tous la même visibilité sur leur avenir.

- Amélioration du travail et de l'organisation de la CTA

Par le biais de cette évaluation, nous souhaitons connaître les améliorations que les professionnels de la CTA envisageaient concernant leur travail. Les professionnels ont évoqué : « une communication accrue avec les autres services sociaux de la mairie », « la gestion du temps », « améliorer les relations avec la MDSI, la CARSAT... et travailler sur les missions de chacun ». Effectivement, les professionnels de la CTA sont constamment en relation avec les partenaires et la connaissance des périmètres et missions des uns et des autres est un réel enjeu. C'est pourquoi, l'ARS et la CTA organisent régulièrement des temps de réunion entre les différents partenaires afin de mettre à plat les difficultés et définir de nouveaux axes de travail.

Concernant l'organisation de la Plateforme autonomie seniors en tant que telle, 9 professionnels la trouvaient satisfaisante et n'ont pas fait de propositions particulières. Les autres professionnels ont évoqué le fait de pouvoir faire un « retour aux usagers et professionnels par écrit (courriers) », « il faut arriver à ne faire qu'un : CLIC MAIA CTA lutte contre l'isolement », « alléger le nombre d'interlocuteurs dans l'intervention ».

Les professionnels de la CTA ne pensent pas manquer d'autres professionnels, ils arrivent à orienter les personnes et ne se sentent pas démunis face aux situations à traiter. Sur les 9 professionnels orientant les personnes âgées, 5 seraient intéressés par une formation spécifique sur la position à adopter en entretien avec les personnes âgées.

Concernant le dispositif de chambre-relais, 100% des professionnels de la CTA estiment qu'elles ont une réelle utilité et qu'il convient d'effectuer plus de communication afin que le dispositif puisse profiter à un plus grand nombre de personnes en ayant le besoin.

- Le système d'information PAACO-globule

L'appropriation du logiciel PAACO-globule a été jugée aisée par 8 professionnels sur 12. Il est vrai que l'outil est en constante évolution et des mises à jour sont régulières, afin de coller le plus fidèlement possible aux pratiques des différents professionnels. La saisie du PPS dans le logiciel ayant été modifiée durant mon stage, il n'est plus pertinent d'analyser les réponses des professionnels de la CTA. En revanche, concernant les améliorations souhaitées du logiciel, les professionnels ont évoqué : vouloir plus de « stabilité », une « aide à la saisie », et de « sécurité, n'importe qui peut modifier certaines données », ainsi que recevoir une « notification lorsque les partenaires ont vu notre note ». En effet, n'importe quel utilisateur PAACO-globule peut modifier certaines données (pas toutes!) des personnes âgées. En effet, le choix a été d'autoriser la modification et l'ajout de données par n'importe quel usager dans le but de responsabiliser chaque professionnel dans la prise en charge de la personne âgée. Les modifications de certaines données n'ont pas causé de dommage particulier. Il est intéressant que n'importe qui puisse modifier le numéro de téléphone de la personne s'il a connaissance que celui-ci a changé par exemple.

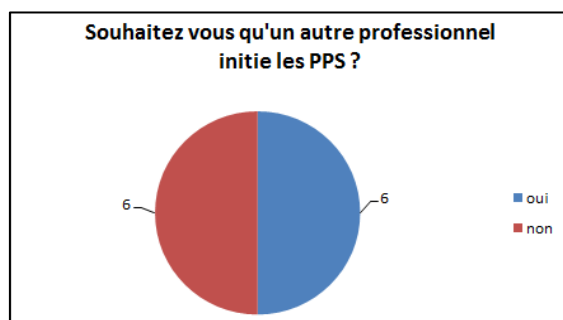
- Plus-value de la CTA



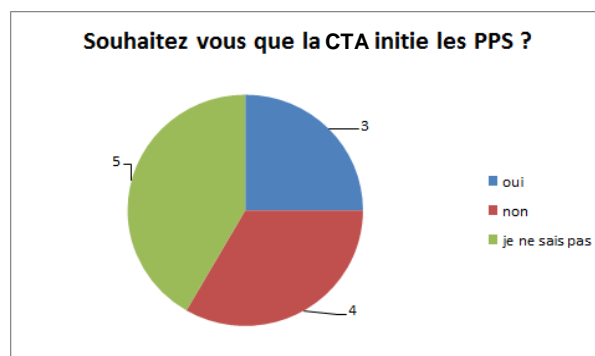
Tous estiment qu'un dispositif tel que la CTA doit être transposé dans d'autres villes. La CTA répondrait totalement aux attentes des personnes âgées pour 7 et partiellement pour 5. Elle correspond à une « centralisation de tous les dispositifs »,

« les usagers sont satisfaits des réponses et solutions apportées », car « soit on se saisit de la situation, soit on donne l'information, et/ou on coordonne voire on réoriente vers le bon partenaire ». Cependant, « les échanges avec les partenaires sont parfois compliqués car nous n'avons pas ou peu de retour de leur part ».

- Les PPS



La Plateforme autonomie seniors est au cœur de la coordination. Il était intéressant de connaître l'avis des professionnels sur l'initiation des PPS par d'autres acteurs. De ce fait, les professionnels de la CTA sont divisés. La moitié pense qu'un autre professionnel pourrait initier un PPS et notamment un « travailleur social », « médical, paramédical », une « assistante sociale du CHU », les infirmiers étant les plus cités.

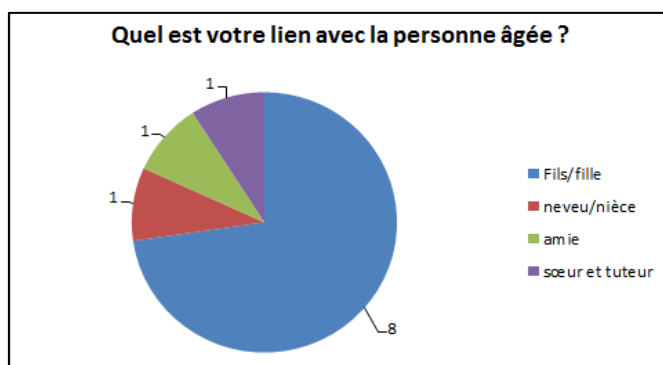


Seulement 4 professionnels de la CTA ont évoqué ne pas vouloir initier les PPS (la responsable de la CTA, la responsable adjointe, un coordinateur de secteur, un assistant de coordination), tandis que 3 souhaitaient pouvoir être initiateur, 5 n'ont pas donné d'avis.

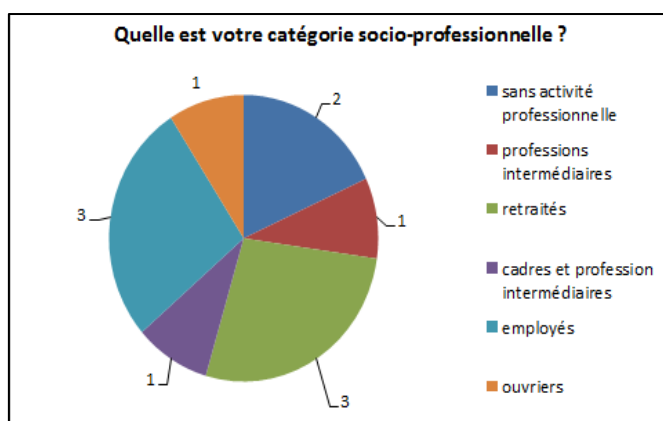
L'initiation des PPS doit rester à la main du médecin traitant. Néanmoins, tous les autres professionnels intervenant auprès de la personne âgée peuvent attirer l'attention du médecin traitant sur l'éventuel besoin de formaliser cette coordination dans un but préventif.

3.2.5 L'entourage de la personne âgée :

- Typologie



Sur les 11 proches des personnes âgées interrogés, 8 proches étaient des enfants, 1 était un neveu ou une nièce, 1 personne était un ami et une autre une sœur et tuteur. Les personnes âgées avaient en moyenne 80,5 ans et 3 disposaient d'un PPS. Les proches avaient tous plus de 50 ans. En effet, selon l'enquête réalisée par BVA & Fondation Novartis, sur Le Panel national des Aidants Familiaux en 2010, 57% des aidants ont plus de 50 ans. L'âge moyen s'établit à 64 ans.³⁸ Ces aidants appartiennent donc à une « génération pivot »³⁹.



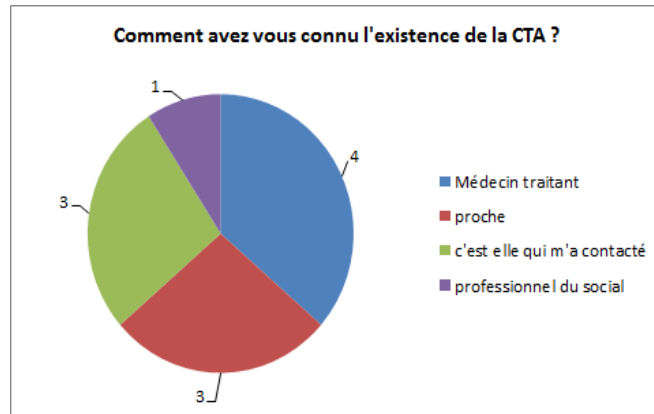
Les catégories socio-professionnelles sont disparates, ce qui prouve que toutes les CSP sollicitent les services de la CTA et que, bien sûr, la perte d'autonomie touche tous les milieux professionnels.

³⁸ http://www.aidants.fr/images/stories/fondsdoc/AidantsFamiliaux_EtudeBVA_Novartis.pdf

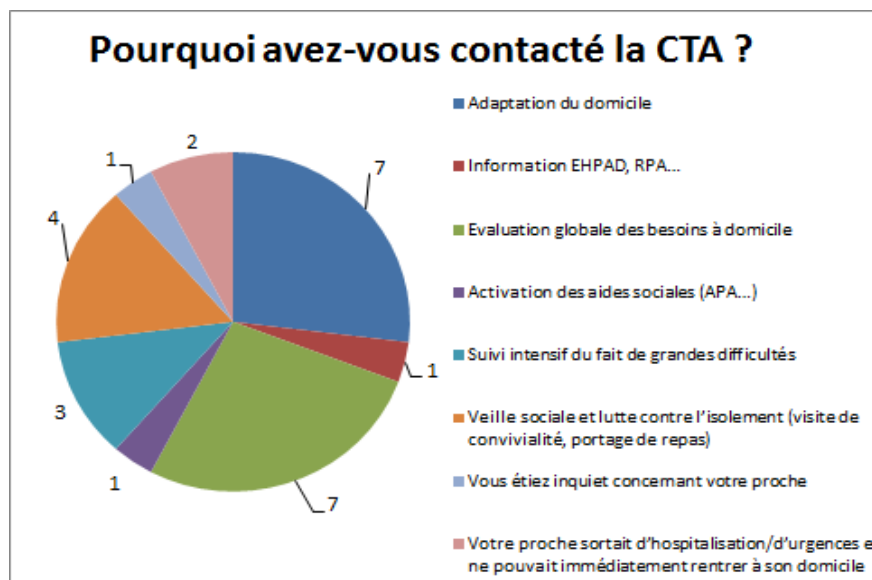
³⁹ Ces aidants s'occupent du suivi de la prise en charge de leurs parents et ont en outre, « d'autres responsabilités de care en tant que parents de jeunes ou moins jeunes enfants, ou même grands parents, et ont également des obligations professionnelles. » (Le Bihan B., 2011) <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/le-bihan.shtml>

Estelle Brénaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- Lien avec la CTA



Les proches des personnes âgées ont appris l'existence de la CTA grâce à, principalement, leur médecin traitant, via ensuite un proche ou ils ont directement été contactés par celle-ci.



Principalement, les proches ont sollicité la CTA sur des questions d'adaptation du domicile, et aussi, afin d'effectuer une évaluation globale des besoins au domicile de la personne. Également, la veille sociale et la lutte contre l'isolement (visites de convivialité, portage de repas...), ainsi que l'activation d'un suivi intensif du fait de grandes difficultés ont été les principales demandes des proches des personnes âgées.

Dans tous les cas, la CTA s'est déplacée au domicile de la personne âgée. 9 proches sur 11 estiment avoir obtenu une réponse quant aux informations demandées, les deux n'ayant pas coché cet item n'ont pas justifié leur réponse. Tous sont satisfaits de la plage horaire d'accueil téléphonique de la CTA.

- Plus-value de la CTA

9 personnes âgées sur 11 sont toujours dans le même logement. Le maintien à domicile des personnes âgées, un des objectifs de la CTA, est alors mis en lumière.



Aucun proche ne se dit non satisfait des réponses apportées par la CTA. Deux personnes sont partiellement satisfaites car elles se trouvent en attente de la réalisation des travaux dans le cadre d'un maintien à domicile.

Les proches satisfaits ont souligné le fait que la CTA : « m'a informée de services que j'ignorais complètement », a répondu « aux demandes d'informations », « m'a orienté vers les bons services », la CTA est « très rapide, compétente, aujourd'hui ma mère est beaucoup mieux, et est restée au domicile », « j'ai été rassurée ». 100 % des proches pensent qu'une transposition de ce dispositif dans d'autres villes serait une bonne idée afin que cela profite à un nombre accru de personnes. De plus, ils contacteront tous à nouveau la CTA, le cas échéant.

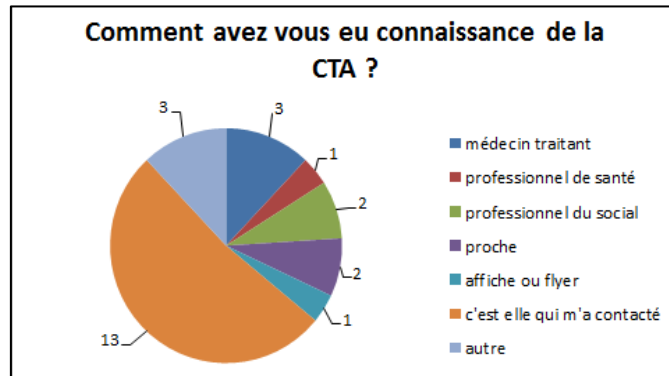
Concernant les perspectives d'amélioration de la CTA, les proches ont évoqué « plus de disponibilité pour initialiser/suivre les actions mises en places », « plus de publicité », « rien, sinon la généralisation aux autres communes », « adresser à l'interlocuteur une brochure reprenant les principales informations ».

3.2.6 La personne âgée :

- Typologie

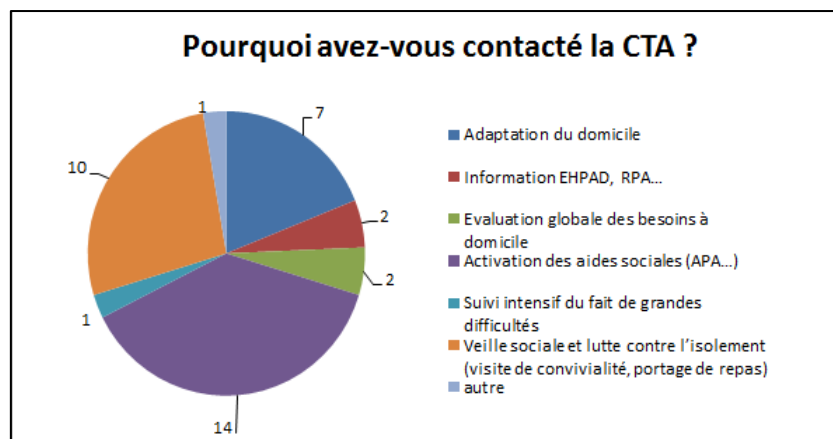
20 personnes âgées ont été interrogées, dont 6 bénéficiaient d'un PPS. 17 étaient des femmes. La moyenne d'âge des personnes âgées est de 83 ans. 18 étaient âgées d'au moins 75 ans et 2 avaient moins de 75 ans. On note que ce sont deux hommes, qui avaient 64 et 71 ans. Le seuil de prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans le cadre du projet PAERPA peut, à cet effet, être cohérent vis à vis des personnes interrogées. Cependant, les hommes qui deviennent veuf tôt peuvent avoir un risque de perte d'autonomie important.

- Lien CTA



Les personnes âgées ne se souvenaient pas forcément de leur premier contact avec la CTA. Tout de même, j'ai pu savoir que c'était par le biais des professionnels qui les entouraient et des proches qu'ils ont pris connaissance de la CTA. Mais surtout, c'est la CTA elle-même qui les a contactées, souvent dans le cadre des évaluations PAP (plan d'aide personnalisé) CARSAT. Les personnes âgées ont parfois été réorientées par des services de la mairie vers le numéro unique de la Plateforme autonomie seniors.

A la suite du premier échange téléphonique, 14 personnes âgées n'ont pas hésité à recontacter la CTA pour d'autres questions ou informations.



Les personnes âgées ont principalement sollicité la CTA dans l'activation des aides sociales comme l'APA et pour la mise en place de visites de convivialité et du portage de repas, ainsi que pour des adaptations du domicile. Lors de nos échanges, les personnes âgées m'ont expliqué vouloir bénéficier d'une aide aux courses, une aide à domicile, ou de visites. De fait, l'activation de certaines aides comme l'APA afin de financer ces aides s'est faite en parallèle.

18 personnes estiment avoir reçu une réponse quant aux informations demandées et 19 ont bénéficié d'une visite au domicile. Parmi les deux personnes n'ayant pas

eu une réponse sur les informations demandées, 1 avait seulement contacté la CTA afin de se faire connaître, dans un objectif préventif mais ne recherchait pas de renseignements particuliers. Une autre souhaitait pouvoir bénéficier d'une aide à domicile mais les prestataires étaient considérés trop chers pour elle. C'est pourquoi elle a considéré que la CTA n'avait pas répondu à sa demande puisque les aides proposées ne pouvaient être mises en place à la hauteur de ses besoins et de ses capacités de financement. De fait la CTA ne s'est pas déplacée à son domicile. Toutes les personnes âgées interrogées se sont dites satisfaites de la plage horaire d'accueil téléphonique de la CTA.

- Plus-value de la CTA

Toutes les personnes interrogées sont restées dans leur domicile et effectivement, leur souhait est d'y rester « le plus longtemps possible ».



15 personnes âgées sur 20 se sont dites satisfaites des services de la CTA. Les motifs exprimés par les deux personnes non satisfaites sont : « une orientation vers des dispositifs non gratuits » et une demande d'aide sociale qui a été rejetée. Ces arguments ne sont pas dépendants des actions de la CTA. Les personnes ayant répondu « partiellement » sont dans l'attente de la mise en place des aides et des visites de convivialité, une autre est déçue car elle doit autofinancer ses aides.

Pratiquement, toutes les personnes âgées satisfaites m'ont témoigné des messages poignants du fait de l'intervention de la CTA et du changement introduit dans leur vie de tous les jours. « c'est toujours la même référente, c'est très agréable », il est « très gentil, et s'occupe bien de moi, et m'accompagne dans les demandes d'aides financières », « il a répondu à mes demandes », « c'est mon sauveur », « c'est un rayon de soleil », « elle est sensationnelle », « je ne suis pas satisfaite, je suis très très très satisfaite », « elle est très très aimable, charmante, »

« je suis contente, soulagée, j'ai retrouvé ma joie de vivre, je revis, c'est mon ange gardien, elle m'a sauvé, je ne la remercierai jamais assez. »

Les personnes âgées pensent également qu'il serait profitable que ce dispositif soit transposé dans d'autres villes car nombre de personnes âgées sont dans ce besoin. Pour elles, le dispositif répond totalement à leurs attentes puisqu'elles n'ont pas identifié de perspectives d'amélioration.

3.3 Perspectives et analyse

Pour clore ce mémoire, il m'a semblé utile de rappeler les enjeux du maintien à domicile des personnes âgées qui partent d'une nécessité financière pour la société mais qui est aussi la volonté des personnes âgées. Il est également pertinent de faire un parallèle avec les évolutions à venir introduites par la Loi de modernisation de notre système de santé et nous évoquerons notamment les Plateformes territoriales d'appui (PTA). Enfin, une mise en lumière des conditions de réussite d'un projet tel que le projet PAERPA peut être utile pour tout autre projet « parcours » travaillé par l'ARS notamment.

3.3.1 Le maintien à domicile

« Des résidentes de l'EHPAD de Paimboeuf racontent leur triste quotidien ». Dans cet article paru dans le Ouest France le 8 juin 2016⁴⁰, il est relaté que les contraintes organisationnelles de certains EHPAD déteignent sur le quotidien des personnes âgées : « on me couche à 17h, on me lève à 11h ». L'opinion publique reconnaît avoir une mauvaise image de l'EHPAD. Cet exemple dans un article de presse et les nombreuses actualités alimentant les informations lorsque des actes de maltraitance sont reportés, font de l'EHPAD, dans l'image des français, un lieu de fin de vie peu engageant pour les personnes âgées. En effet, la Fnaqpa (Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées) regrette que l'amélioration de la qualité des EHPAD s'accompagne d'une image dégradée. « Tous les indicateurs prouvent ces dernières années que les EHPAD ont amélioré leurs

⁴⁰<http://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/des-residentes-de-lehpad-de-paimboeuf-racontent-leur-triste-quotidien-4283910>

services. Seulement, les personnes âgées n'ont toujours pas envie de s'y retrouver »⁴¹. Les salariés aussi, préféreraient une carrière hospitalière à une carrière en EHPAD. Le concept de parcours peut se présenter comme un levier pour les EHPAD qui devraient affirmer leur rôle au sein du territoire en apportant leur expertise en matière de soin. En effet, par exemple, dans la région ex-Aquitaine, un appel à candidatures a été lancé en 2013 afin d'expérimenter des « EHPAD - centre ressources ». L'objectif vise à faire émerger des initiatives novatrices apportant une évolution de l'offre de services des EHPAD en lien avec les autres acteurs de santé du territoire par des actions à visée préventive et/ou thérapeutique. Ainsi, l'EHPAD, s'ouvre sur le territoire en permettant à des personnes âgées du quartier, par exemple, de participer à des activités internes à l'EHPAD.

L'enquête parue en mai 2016 réalisée par l'institut CSA (Consumer Science & Analytics) pour la fédération des particuliers employeurs de France (Fepem) auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 18 ans et plus, révèle que 83% des personnes souhaitent vieillir à domicile et seulement 3% dans une « maison de retraite »⁴². La prise en charge au domicile « permettrait d'accroître le bien être de ces personnes fragiles » pour encore 92% des interrogés. De plus, 83% estiment que le maintien à domicile serait vecteur d'économies réalisées en réduisant les frais d'hospitalisation.

Cependant, d'après l'Odas (Observatoire de l'action sociale décentralisée) : « la volonté de maintien à domicile des personnes dépendantes ne se vérifie pas dans les chiffres »⁴³. Le département a un rôle quant au soutien des personnes à domicile via l'APA et son volet APA à domicile. L'Odas observe une certaine « irresponsabilité » de la part de certains départements qui « durcissent » les conditions d'attribution d'APA domicile pour les moins dépendants. Ce choix, certes dans des conditions budgétaires contraintes, ne peut être pertinent dans une vision préventive de la perte d'autonomie. En effet, la Cour des comptes « déplore le cloisonnement persistant des modes de prise en charge à domicile » et estime

⁴¹ <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160617-qualite-la-fnaqpa-regrette-que-l-amelioration-de>

⁴² <http://www.fepem.fr/actualites/articles?articletitle=français-et-leur-domicile-securite-sante-economiques-echanges>

⁴³ <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160621-economie-la-volonte-de-maintien-a-domicile-des>
Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

nécessaire d'améliorer l'organisation de la politique du maintien à domicile et de cibler les aides de façon plus efficiente⁴⁴.

Il faut aussi relever le fait, que dans un cadre financier contraint, les personnes âgées les plus dépendantes sont celles qui ont nécessairement le plus besoin d'aide au domicile. C'est pourquoi, l'arbitrage entre le préventif et le besoin constaté d'une aide au domicile est donc complexe.

Ainsi, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, un des dispositifs phares de la loi du 28 décembre 2015 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, vient soutenir et coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune.⁴⁵

Par exemple, les promoteurs des parcours de santé personnes âgées pré-labelisés⁴⁶ et expérimentés dans l'ex-région Aquitaine peuvent désormais compter sur l'appui de cette instance pour financer certaines actions de leur plan d'action eu égard aux actions déployées sur le territoire.

Dans le cadre de PAERPA, nous travaillons à l'écriture d'un marché public afin qu'un centre de formation organise des sessions de stage pour les aides à domicile concernant le repérage de la fragilité et donc de la perte d'autonomie d'une personne âgée.

En 2008, la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) dénombrait 515 000 aides à domicile intervenant au domicile de personnes fragilisées, que ce soit en raison de leur âge, d'un handicap, d'une maladie ou de toute autre raison. Ces salariés intervenaient auprès des personnes nécessitant une aide pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne, tels que se laver, manger, etc. Ces interventions sont principalement financées par l'APA et s'élèvent, en 2008, à 3,2 milliards d'euro. (Trabut, 2014).

Le secteur de l'aide à domicile souffre d'un très fort turn-over et les conditions d'emploi sont parmi les plus mauvaises du point de vue des rémunérations, de la sécurité de l'emploi, des conditions de travail et de la reconnaissance individuelle.

⁴⁴<http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/184969/1809/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf?1468333720>

⁴⁵ <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>

⁴⁶ <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Appel-a-candidatures-pour-la-l.178279.0.html>

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Les salariés formés au Diplôme d'Etat Auxiliaire de vie sociale (DEAVS) restent relativement rares. Entre 2000 et 2009, 49 142 personnes ont été diplômées, et cela majoritairement par validation des acquis de l'expérience globale, c'est-à-dire sans aucune formation. (Trabut, 2014).

L'encouragement des pouvoirs publics au maintien à domicile des personnes âgées, préconisé par le rapport Laroque (1962) et jamais démenti depuis, d'une part, et le vieillissement de la population, d'autre part, ont eu pour conséquence le développement rapide de ces emplois. (Mansuy, Marquier, 2003).

Une aide à domicile est souvent formée comme professionnelle qui sait faire le ménage, entretenir le linge, mettre de l'ordre dans la maison, préparer les repas, qui amène un certain confort au quotidien... Cependant, ces représentations peuvent être mises à mal lors de l'accompagnement des personnes âgées fragiles ou atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. (Mauduit, Leclerc, 2009).

La qualification et la formation des intervenants à domicile (les gestes et les postures à adopter, la gestion des contextes psychologiques et sociaux des personnes âgées) sont indispensables du point de vue de la prise en charge des personnes âgées. (Bressé, 2003).

Près de 46 % des aides à domicile n'ont pas accédé à la formation continue et n'ont pas de projet précis dans ce sens. Cette proportion est encore plus forte parmi ceux dont le niveau d'études est le plus élevé (51 % parmi les diplômés du supérieur), mais aussi parmi ceux dont le niveau est le plus faible (53 % de ceux qui n'ont pas dépassé le niveau du collège). (Mansuy, Marquier, 2003).

Devant ce constat, une formation pour les aides à domicile pour le repérage de la fragilité d'une personne âgée est la bienvenue. Brigitte Geoffroy en collaboration avec le conseil départemental souhaitent dans le cadre de PAERPA, que cette formation profite à un maximum d'aides à domicile. Après un premier recensement, 450 professionnels des services d'aides à domicile de la ville de Bordeaux se sont dit intéressés par cette formation entièrement financée par des crédits CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

De plus, dans son rapport en date du 12 juillet 2016, la Cour des comptes insiste sur le rôle des ARS en matière de coordination afin de mieux organiser l'offre d'aide et de soins à domicile destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les 12

recommandations (cf. annexe n°7) s'approchent des actions initiées dans le projet PAERPA et les parcours de santé personnes âgées labellisés dans l'ex-région Aquitaine.⁴⁷

3.3.2 Les plateformes territoriales d'appui

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) s'inscrivent dans l'article 74 de la Loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016 dont les dispositions d'application ont été fixées par décret le 4 juillet 2016 :

Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes seront organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les ARS, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.

Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient. Les fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels⁴⁸.

⁴⁷<https://www.ccomptes.fr/content/download/93293/2174522/version/2/file/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>

⁴⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSH1615842D/jo>

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

L'appel à projet PTA est en cours d'écriture à l'ARS et devrait paraître durant le mois de septembre 2016. Dans un premier temps, la CTA Plateforme autonomie seniors va être exclue de l'appel à projet car celle-ci est intégrée dans le projet PAERPA. Mais elle va tout de même participer aux groupes de travail. En effet, les CTA PAERPA et notamment celle de Bordeaux, où sont déjà regroupés le CLIC, la MAIA et la Lutte contre l'isolement, à mon sens, sont un modèle de future PTA abouti et dont il faudra s'appuyer pour poser les bases des futures plateformes d'appui qui prendront en charge la coordination des cas complexes au-delà des personnes âgées. La DGOS (Direction générale de l'offre de soins) note d'ailleurs à cet effet : « Les coordinations territoriales d'appui (CTA) des PAERPA sont des sortes de préfigurations des PTA, pour nous c'est un modèle. À terme, les CTA sont amenées à évoluer vers la polyvalence, à élargir leur public cible pour arriver progressivement vers les plateformes territoriales d'appui. »⁴⁹ Ainsi, les PTA sont une opportunité pour « clarifier » le millefeuille : CLIC, MAIA, réseaux de santé, PAERPA, pour ainsi offrir aux professionnels du premier recours un véritable guichet unique pour la prise en charge des situations complexes⁵⁰.

3.3.3 Les conditions de réussite de projet

Devant les différents témoignages d'aidants et de personnes âgées qui se disent « soulagés », qui se disent « revivre » ou qui ont été « sauvés » par l'intervention de la CTA dans leur vie, je ne peux que penser que ce projet est déjà une réussite. Le fait que les différentes URPS soient persuadées de la plus-value dans leurs pratiques de l'outil PAACO-globule, prouve, pour moi, que le projet PAERPA mené à Bordeaux est une réussite tant il fédère autant les usagers que les professionnels.

Quelles sont les conditions de réussite du projet ? Un pilotage du DGARS, Michel Laforcade, qui a mobilisé les moyens nécessaires pour la réussite du projet. En effet, Brigitte Geoffroy qui a été nommée à temps plein sur le projet, ainsi que le pilotage du directeur départemental de la Gironde ont été des facteurs de réussite. En toute objectivité, Mme Geoffroy, pilote du projet PAERPA, s'est investie afin de

⁴⁹http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160706-politique-de-sante-les-missions-et-la-mise?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

⁵⁰http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20160623-politique-de-sante-les-acteurs-du-parcours-veulent?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget
Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

réunir toutes les conditions de réussite du projet. Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, elle a pu mettre en avant ses compétences dans la compréhension des enjeux, l'analyse des besoins, elle a su s'entourer d'experts afin de réaliser un diagnostic adapté de l'offre de santé et des besoins de la population âgée de Bordeaux. Sur cette ville depuis des années, elle a régulièrement changé de missions au sein de l'ARS ce qui lui permet de connaître les modes de fonctionnement de nombreux partenaires et d'avoir un réseau non négligeable pour aujourd'hui savoir quels acteurs peuvent être mobilisés sur quelles actions. Le management des équipes et des partenaires, la gestion des conflits ont pu être contrôlés grâce à sa légitimité acquise par son expérience. De plus, l'équipe projet pluri-professionnelle et pluri-partenaire a joué un rôle primordial dans le début de cette expérimentation au travers des nombreux groupes de travaux qui ont soudé les participants.

Condition n°1 : Réaliser un diagnostic de l'offre de santé et des caractéristiques de la population du territoire adapté afin de définir des actions pertinentes.

Condition n°2 : Définir un chef de projet dont la légitimité est acquise au sein de l'ARS et qui doit être en capacité de mobiliser les professionnels du territoire ce qui implique avant tout des compétences de gestion de projet.

Figure 5 : Les principes de la concertation



Ce schéma issu du rapport « Organiser la gouvernance d'un projet Parcours - Retour d'expériences des territoires PAERPA »⁵¹ produit par l'ANAP en mai 2016, permet d'illustrer la logique d'une gouvernance de projet parcours qui correspond à celle qui a été pilotée par Mme Geoffroy.

Condition n°3 : Définir une équipe projet pluri-professionnelle et pluri-partenaire afin d'associer et de mobiliser tous les acteurs du territoire ayant les compétences pour intervenir dans le champ des personnes âgées.

La mobilisation des professionnels de santé dans les projets peut paraître ardue. Or dans ce projet, les URPS ont dès le début souhaité être intégrées à l'équipe projet. Le fait d'inclure les professionnels de santé dans l'équipe projet n'est pas anecdotique. Ainsi, toutes les actions ont été travaillées avec eux, ils se sont sentis écoutés et, faisant partie intégrante du projet, ils ne pouvaient qu'encourager leurs confrères à prendre part au projet. Également, des représentants des usagers sont présents afin que les actions soient conformes avec les attentes et besoins des personnes âgées. Également, tous les partenaires du territoire ont pu porter le projet : conseil départemental, URPS, CHU, ville de Bordeaux, CPAM...

L'outil PAACO-globule qui a pu être développé en partenariat avec TSN a certainement été et sera, un facteur d'adhésion des professionnels. En effet, l'URPS médecins libéraux souhaite communiquer autour de cet outil car il sera un levier afin de fédérer de nouveaux professionnels dans le dispositif PAERPA. Les URPS sont persuadées de sa plus-value dans leurs pratiques, car c'est actuellement le seul logiciel capable de se « déplacer au lit du malade » et donc, en mobilité.

Condition n°4 : Se doter d'un logiciel SI « parcours » pensé pour tous les professionnels intervenant dans le suivi, en l'occurrence, de la personne âgée, afin que celui-ci réponde à un besoin de coordination pour améliorer leurs pratiques.

La dynamique de groupe est réellement présente. Par exemple, la responsable de la Plateforme autonomie seniors, Laurence Tuillon, comme Catriona Raboutet,

⁵¹ <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organiser-la-gouvernance-dun-projet-parcours-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

chef de projet PAERPA au GCS Télé santé Aquitaine, qui chapeaute le logiciel PAACO-globule, sont toutes deux très professionnelles, réellement impliquées dans le projet et compétentes. L'équipe de Catriona Raboutet se déplace par exemple quotidiennement dans les cabinets de médecins, infirmiers, pharmaciens afin de leur installer la plateforme PAACO-globule et de les former. L'équipe a réalisé environ 226 formations individuelles et collectives aux quatre coins de Bordeaux et souhaite à la rentrée organiser une soirée par semaine à destination des professionnels libéraux dans différents lieux de Bordeaux afin de sensibiliser toujours plus de professionnels au logiciel.

Dans le cadre des futures PTA, et des projets PAERPA qui commencent à être généralisés et étendus, l'ANAP et le Délégué à la stratégie des systèmes d'Information de Santé (DSSIS), Philippe Brunel, sont venus à Bordeaux afin d'assister à une démonstration de PAACO-globule. En effet, il est difficile de penser le logiciel sans l'avoir utilisé ou sans avoir eu une démonstration et des retours d'usage des professionnels. Ainsi, l'ANAP produira un rapport suite au parangonnage⁵² effectué entre tous les différents SI des différents territoires PAERPA afin de recommander l'utilisation de certains SI pour les futurs projets de coordination. Après leur visite, ils se sont dits très satisfaits de l'outil qui avait été produit et encouragent le développement de celui-ci.

La philosophie du projet a été d'adhérer aux réalités du terrain et des pratiques, de collecter le maximum de retours d'usage afin de fédérer les professionnels. Être très « pratico-pratique » avec les professionnels libéraux et organiser des sessions de communication qui répondent à leurs questions et attentes sans les noyer dans tous les dispositifs PAERPA existants. Mon enquête aura permis de faire remonter à la CTA les attentes des professionnels sur son fonctionnement. Ainsi, certaines pratiques vont être revues à la rentrée 2016. La Plateforme autonomie seniors souhaite effectuer ce type d'enquête tous les ans afin d'analyser l'évolution des réponses et pouvoir collecter les retours d'expérience des usagers.

<p>Condition n°5 : Solliciter les différents acteurs dès le début du projet et faire reconnaître leurs intérêts à agir.</p>
--

⁵² Parangonnage est un synonyme de *benchmarking*.

Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes - 2015-2016

Ne pas se focaliser sur l'écriture des PPS a aussi été un levier pour maintenir l'entente avec les URPS. En effet, commencer par expliquer aux médecins que PAERPA, c'est remplir un document PPS papier les rebute dès les premiers mots, et, jamais, les professionnels n'auraient pu être partie prenante au projet.

Condition n°6 : Coller aux besoins et attentes du « terrain » tout en gardant en ligne de mire les objectifs initiaux fixés.

C'est pourquoi, il a été préconisé de travailler en premier lieu sur la coordination entre médecin, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, car sur ce point, il y avait un réel besoin de décloisonnement des pratiques. Ainsi, la création de la CTA, de la définition de ses missions et de son statut central de coordinateur, a permis d'impliquer les professionnels au projet. En effet, ils voyaient l'intérêt que la CTA avait dans leurs pratiques, comme les verbatim des médecins et professionnels de santé et du social l'ont démontré. De ce fait, les professionnels voyant au quotidien la plus-value apportée par la CTA, ils sont désormais attentifs aux propositions de celle-ci lorsqu'elle évoque l'importance de la formalisation d'un PPS. De plus, pour outrepasser la peur de la « paperasse », la CTA évoque en premier lieu le fait que le PPS puisse s'incrémenter dans le logiciel PAACO-globule et que la coordination entre les professionnels intervenant auprès de la personne âgée passe par celui-ci. Effectivement, comme le souligne Dominique Libault, durant un point presse organisé par la Direction de la sécurité sociale (DSS), le 8 juillet 2016, « nous avons encore beaucoup de travail de communication, de diffusion à faire, pour que cela devienne presque une pratique quotidienne pour les acteurs qui accompagnent les personnes âgées », « le sujet des systèmes d'information (SI) est également défini comme central et l'investissement va se poursuivre dans ce domaine. »⁵³

⁵³http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160708-politique-de-sante-les-pilotes-paerpa-veulent-faciliter?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget
Estelle Brémaud - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Conclusion

Le maintien à domicile, objectif du projet PAERPA, ne peut se limiter à une approche économique. Celui-ci amène à la fois à penser le domicile comme lieu collectif d'inscription juridique, sociale, familiale, un lieu d'identité sociale, mais aussi un lieu de souveraineté et d'identité personnelle et notamment un lieu d'identité psychique. (Ennuyer, 2006). En effet, cet espace est investi de valeurs, de sentiments, de représentations, de symboles de la subjectivité absolue de chaque habitant. (Ennuyer, 2006). C'est pourquoi, quitter ce domicile, au profit d'un hébergement collectif, peut être vécu comme un certain abandon d'une part de sa souveraineté personnelle et de son identité sociale. Au regard de sa dépendance et de ses pathologies, la personne âgée va se voir entourée de plusieurs intervenants différents à son domicile : le médecin, le kinésithérapeute, l'infirmière, l'aide à domicile, le pharmacien... Egalement, pour des problèmes aigus, la personne âgée va devoir se rendre à l'hôpital et va là encore, rencontrer d'autres professionnels de santé. C'est pourquoi, une organisation de ces professionnels est nécessaire afin que ceux-ci se tiennent mutuellement informés des besoins et éventuelles difficultés de la personne âgée afin d'adapter au mieux les traitements, d'effectuer les soins et de solliciter les aides nécessaires. Ainsi, par cette organisation, le risque de iatrogénie ou d'actes non pertinents est limitée. C'est pourquoi, la prise en charge des personnes âgées nécessite un dialogue entre les différentes branches du social, du sanitaire et du médico-social ainsi qu'entre les branches « hôpital » et « soins de ville ». Et, faire en sorte qu'un langage commun se crée entre ces branches relève d'un changement de paradigme tant cela est un changement dans les pratiques. Ainsi, l'on voit apparaître une première coordination. En effet, selon le rapport Laroque : « la coordination elle-même revêt deux aspects distincts, coordination administrative qui suppose une liaison entre les différents organismes publics ou privés contribuant à l'action sociale en faveur de la vieillesse et coordination sociale proprement dite, qui consiste à orienter un vieillard déterminé sur les services auxquels son état le conduit à faire appel » (Ennuyer, 2006). En effet, la coordination appelle aussi à pouvoir orienter les personnes âgées qui souhaiteraient par exemple, bénéficier d'un service de portage des repas, qui se renseigneraient sur les résidences pour personnes âgées ou qui s'intéresseraient

aux dispositifs de téléalarme par exemple. C'est ainsi le rôle des coordinations territoriales d'appui. Celle de Bordeaux créée dans le cadre de PAERPA, a pour rôle d'optimiser ces deux types de coordination. En effet, elle répond aux demandes d'information des personnes âgées et aidants et s'assure du suivi de ces personnes âgées de façon « globale » c'est-à-dire tant sur le volet sanitaire que sur le volet social. Ainsi, ce suivi peut être notamment facilité par des systèmes d'informations « parcours » connectant tous les professionnels autour de la personne âgée.

Au regard des coûts du projet PAERPA, l'évaluation de ces dispositifs et notamment de la Plateforme autonomie seniors, CTA de Bordeaux, est nécessaire afin d'analyser ce projet sur les critères de pertinence et d'efficacité. Pour cela, il convenait de répondre aux questions suivantes évoquées en introduction :

Quelle est la plus-value de la Plateforme autonomie seniors pour les personnes âgées et leurs proches ? Répond-elle aux besoins des professionnels de santé, du social et du médico-social ? Quelles sont les conditions pour réussir un projet expérimental ?

La plus-value de la Plateforme autonomie seniors pour les personnes âgées et leurs proches est indéniable. Le verbatim « je revis » le prouve. Les professionnels de la CTA répondent aux attentes des personnes même si les délais de mise en œuvre de certaines aides est long, et que l'aide financière ne peut certaines fois couvrir toutes les aides à domicile dont les personnes auraient besoin.

Pour ce qui est des professionnels de santé, du social et du médico-social, la CTA vient en appui à leurs pratiques. Les professionnels n'appellent pas pour y trouver de l'information. Les médecins attendent de la CTA d'organiser le côté social pour la personne âgée et de leur faire remonter l'information sur les problématiques du domicile. Soit, pour les professionnels du social et du sanitaire, la CTA permettrait un « meilleur suivi global du patient ».

Les professionnels de la CTA se plaisent dans leurs missions et disposent d'un éventail d'activités variées, qui va de la visite au domicile à la sollicitation d'acteurs pour organiser un suivi de la personne âgée. Néanmoins les contrats précaires dus au dispositif expérimental sont un facteur de *turn over* car les professionnels recherchent des contrats plus pérennes.

Dans l'ensemble, le pilotage du projet et la multiplicité des partenaires ayant intégré ce projet est un gage de réussite car, pensé par tous, tous ont intérêt à ce que celui-ci fonctionne. La création des Plateformes territoriales d'appui sera ainsi une

nouvelle étape et un nouveau défi tant celles-ci vont mobiliser tous les acteurs des territoires dans le champ large des « parcours complexes ».

Le maintien à domicile est ainsi une solution entre les contraintes financières qui pèsent sur notre société et la volonté des personnes âgées. Malgré tout, certains freins empêchent cette situation. En effet, il existe une différence significative entre la prise en charge de l'aide sociale à domicile et en hébergement⁵⁴ (Ennuyer, 2006). Egalement, lorsque les personnes âgées sont véritablement isolées, sans famille et sans voisinage, ce maintien à domicile dans des cas où les incapacités de la personne seraient lourdes, est difficilement envisageable.

⁵⁴ « L'APA correspond en moyenne à 500€, au domicile et de l'autre côté, pour les établissements habilités à l'aide sociale, des prix de journée d'hébergement peuvent atteindre 2000€ par mois. » (Ennuyer, 2006)

Liste des sigles utilisés

ALD	Affections longues durées
ALPC	Aquitaine Limousin Poitou-Charentes
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA	Allocation perte d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCP	Coordination clinique de proximité
CD	Conseil départemental
CESF	Conseiller en économie sociale et familiale
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSP	Catégorie socio-professionnelle
CTA	Coordination territoriale d'appui
CREX	Comités de Retour d'Expérience
CUB	Communauté Urbaine de Bordeaux
DD	Direction départementale
DEAVS	Diplôme d'Etat Auxiliaire de vie sociale
DOSA	Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DP	Dossier pharmaceutique

DPSP	Direction du Financement, Direction du pilotage de la stratégie et des parcours
DSP	Direction de la Santé Publique
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégué à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé
EHPAD	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
ESAD	Equipe de Soutien des Aidants au Domicile
ESPIC	Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
EUN	Equipe Urgences Nuit
FNAQPA	Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées
FEPEM	Fédération des particuliers employeurs de France
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HIA	Hôpitaux d'instruction des armées
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISPED	Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCV	Maladies cardio-vasculaires
MDSI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NOTRe	Loi Nouvelle organisation territoriale de la République
ODAS	Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée
OMEDIT	Organisations des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAACO-globule	Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication santé
PAP	Plan d'actions personnalisé
PAS	Plateforme autonomie seniors
PPS	Plan personnalisé de santé
PTA	Plateformes territoriales d'appui
RPA	Résidence pour personnes âgées

RSI	Régime social des indépendants
SAAD	Service d'aide à domicile
SAU	Service d'accueil des urgences
SI	Système d'information
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TCAPSA	Technicienne de coordination d'aide psycho-sociale aux aidants
TSA	Télésanté Aquitaine
TSN	Territoire de Soins Numérique
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Bibliographie

Ouvrage :

ENNUYER, B., 2006. *Repenser le maintien à domicile*. Paris, Dunod, 278p. (Action sociale)

Articles :

ABSIL G., VANDOORNE C., 2012. « Des mots pour parler d'évaluation ». *Education santé*, n°283. Disponible sur internet <<http://educationsante.be/article/des-mots-pour-parler-devaluation/>>

BREMOND P, GERARDIN E, GINESTET J., 2002. « En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ? », *Empan*, n°46, p. 129-135 Disponible sur internet <www.cairn.info/revue-empan-2002-2-page-129.htm>.

BRESSE S., 2003. « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *Retraite et société* n° 39, p. 119-143 Disponible sur internet : <www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2003-2-page-119.htm>.

MANSUY M., MARQUIER R., 2013. « Les aides à domicile : un engagement dans la formation tributaire du mode d'exercice », *Formation emploi* n° 123, p. 45-65 Disponible sur internet : <www.cairn.info/revue-formation-emploi-2013-3-page-45.htm>.

MAUDUIT M., LECLERC P., 2009. « Comment former les intervenants à domicile pour une intervention de qualité auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », *Gérontologie et société* n° 128-129, p. 285-296. Disponible sur internet : <www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-1-page-285.htm>

MORET, A., La volonté de maintien à domicile des personnes dépendantes « ne se vérifie pas dans les chiffres ». 2016. *HOSPIMEDIA*. Disponible sur internet :

<<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160621-economie-la-volonte-de-maintien-a-domicile-des>>

RABEUX, C., « Les missions et la mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui sont fixées par décret ». 2016. *HOSPIMEDIA* Disponible sur internet : <<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160706-politique-de-sante-les-missions-et-la-mise>>

RABEUX, C., « Les acteurs du parcours veulent prendre leur place au sein des plateformes territoriales d'appui ». 2016. *HOSPIMEDIA*. Disponible sur internet : <<http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20160623-politique-de-sante-les-acteurs-du-parcours-veulent>>

RABEUX, C., « Les pilotes PAERPA veulent faciliter l'utilisation des plans personnalisés de santé ». 2016. *HOSPIMEDIA*. Disponible sur internet : <<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160708-politique-de-sante-les-pilotes-paerpa-veulent-faciliter>>

STENT, K. « Des résidentes de l'EHPAD de Paimboeuf racontent leur triste quotidien ». 2016. [en ligne]. *Ouest France*. Disponible sur internet : <<http://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/des-residentes-de-lehpad-de-paimboeuf-racontent-leur-triste-quotidien-4283910>>

TRABUT, L. « Aides à domicile : la formation améliore-t-elle l'emploi ? », 2014. *Formation emploi*. N°127, p 71-90. Disponible sur internet : <<https://www.cairn.info/revue-formation-emploi-2014-3-page-71.htm>>

WATREMETZ, L., « La FNAQPA regrette que l'amélioration de la qualité des EHPAD s'accompagne d'une image dégradée ». 2016. *HOSPIMEDIA*. Disponible sur internet : <<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160617-qualite-la-fnaqpa-regrette-que-l-amelioration-de>>

Rapports :

Estelle Brémaud -

ANAP. 2016. Organiser la gouvernance d'un projet Parcours - Retour d'expériences des territoires PAERPA. 32p. Disponible sur internet : <<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organiser-la-gouvernance-dun-projet-parcours-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>>

ARS – OMEDIT. Fiche pratique. Bon usage des médicaments et lutte contre la iatrogénie. 2p. Disponible sur internet <http://www.imnc-bordeaux.org/client/document/paerpa_fiche_bon_usage_38.pdf>

BERTHET T., 2008. Les enjeux de l'évaluation territoriale des politiques publiques. Informations sociales n° 150, p.130-139 Disponible sur internet <www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-6-page-130.htm>.

BLANCHAR, ESLOUS, YENI, et al. 2014. Evaluation de la coordination d'appui aux soins. Inspection générale des affaires sociales. 123p. Disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf>

BLANPAIN N., CHARDON O., 2010. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Enquêtes et études démographiques, Insee, n° 1320. Disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320>

BVA - FONDATION NOVARTIS. 2010 Les aidants familiaux en France : Principaux enseignements. 26p. Disponible sur internet : <http://www.aidants.fr/images/stories/fondsdoc/AidantsFamiliaux_EtudeBVA_Novartis.pdf>

COUR DES COMPTES, CHAMBRES REGIONALES & TERRITORIALES DES COMPTES. 2016. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. 198p. Disponible sur internet : <<https://www.ccomptes.fr/content/download/93293/2174522/version/2/file/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>>

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE. 2016. Cahier des charges relatif à l'extension d'un territoire pilote PAERPA par nouvelle région. 15p. Disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc_extension_paerpa.pdf>

FEPEM. 2016. Les Français et leur domicile : sécurité, santé, activités économiques et échanges. Disponible sur internet : <<http://www.fepem.fr/actualites/articles?articletitle=francais-et-leur-domicile-securite-sante-economiques-echanges>>

IRDES. 2015. Évaluation de l'expérimentation PAERPA, le parcours de santé des aînés. Disponible sur internet : <<http://www.irdes.fr/recherche/projets/paerpa-evaluation-du-parcours-sante-des-aines/actualites.html>>

JABOT F., L'évaluation de l'action publique dans le domaine de la santé. EHESP. 37p. Disponible sur internet : <<https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEWjN8smf5vPOAhVC1xQKHRaiBdYQFggsMAE&url=http%3A%2F%2Freal.ehesp.fr%2Fmod%2Fresource%2Fview.php%3Fid%3D2946&usg=AFQjCNFTg-uBKHEVhAbj3w0i6rntQgkp9g&bvm=bv.131783435,d.d24&cad=rja>>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS DIRECTION GENERALE DE LA SANTE., 2008. Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs. 77p. Disponible sur internet : <<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PRSP.pdf>>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE - COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE. 2013. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Disponible sur internet : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf>

Webographie :

Estelle Brémaud -

ARS AQUITAINE. « Appel à candidatures pour la labellisation du parcours de santé des personnes âgées dans les territoires de santé de Dordogne et Gironde ». 2015. [en ligne]. Disponible sur internet : <<http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Appel-a-candidatures-pour-la-l.178279.0.html>>. Date de consultation : 12/07/16.

ARS AQUITAINE. Lancement de l'expérimentation « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) sur le territoire de Bordeaux [en ligne]. Bordeaux. Disponible sur internet <<http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Lancement-de-l-experimentation.171705.199.html>>. Date de consultation : 01/03/16.

ARS ALPC. L'Agence régionale de santé Aquitaine Limousin Poitou-Charentes : une nouvelle agence au service de la santé de 5,8 millions d'habitants - Création de la nouvelle ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes [en ligne]. 2016. Disponible sur internet : < <http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/Creation-de-la-nouvelle-ARS-Aq.188202.0.html>>. Date de consultation : 16/05/16.

ARS ALPC. L'Agence régionale de santé Aquitaine Limousin Poitou-Charentes : une nouvelle agence au service de la santé de 5,8 millions d'habitants – Réforme territoriale [en ligne]. 2016. Disponible sur internet : <http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/Reforme-territoriale.186224.0.html>. Date de consultation : 16/05/16.

BATHELOT, B., Définition : Etude qualitative. 2015. Disponible sur internet : < <http://www.definitions-marketing.com/definition/etude-qualitative/>> Date de consultation : 08/07/16.

CENTRE DE SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS. 2016. Projet « Evaluation qualitative de l'expérimentation PAERPA pour améliorer la coordination des soins aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». Paris. Disponible sur internet : <http://www.cso.edu/fiche_actu.asp?actu_id=1782> Date de consultation : 07/03/16.

CNSA. La conférence des financeurs. 2016. [en ligne]. Disponible sur internet : <<http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perse-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>>. Date de consultation : 07/07/16.

HAS. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA. Date de validation : novembre 2015. [en ligne]. Disponible sur internet < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa>. Date de consultation : 02/03/16

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE. 2016.

Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Disponible sur internet : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSH1615842D/jo>> Date de consultation : 04/07/16.

LA DOCUMENTATION FRANCAISE. 2011. Questions à Blanche Le Bihan. [en ligne]. Disponible sur internet : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/le-bihan.shtml>> Date de consultation : 07/08/16.

OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES. ESPACE CARTOGRAPHIQUE. Indice de vieillissement [carte]. Disponible sur internet : <http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#i=pop_age.ind_vieillist;s2=2013;i2=pop_rp.pop;z=-925035,6743490,2101205,1585323;v=map1;sly=f_com_e_DR;l=fr;sid=13630> Date de consultation : 07/08/16.

OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES, ESPACE CARTOGRAPHIE. Part des médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans [carte] Disponible sur internet : <http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#i=offre_sante.part_mg55p;sly=f_bv_e_DR;z=-149885,5666134,171614,127892;v=map33;l=fr;sid=535> Date de consultation : 07/08/16.

PAERPA. Qu'est-ce que PAERPA ? [en ligne]. Paris. Disponible sur internet <<http://www.paerpa-paris.com/le-paerpa/quest-ce-que-le-paerpa>> Date de consultation : 25/02/16.

PLATEFORME AUTONOMIE SENIORS. Grille de fragilité de la personne âgée. Bordeaux. Disponible sur internet : <http://www.autonomieseniors-bordeaux.fr/sites/paerpa.drupal7.aquisante.priv/files/152/fragilite_paerpa-05102015.pdf>

PLATEFORME CASSIOPEE. Projet évaluation PAERPA. [en ligne] Disponible sur internet : <<http://www.plateforme-cassiopee.fr/Projet-Paerpa.aspx>> Date de consultation : 07/06/16.

Estelle Brénaud -

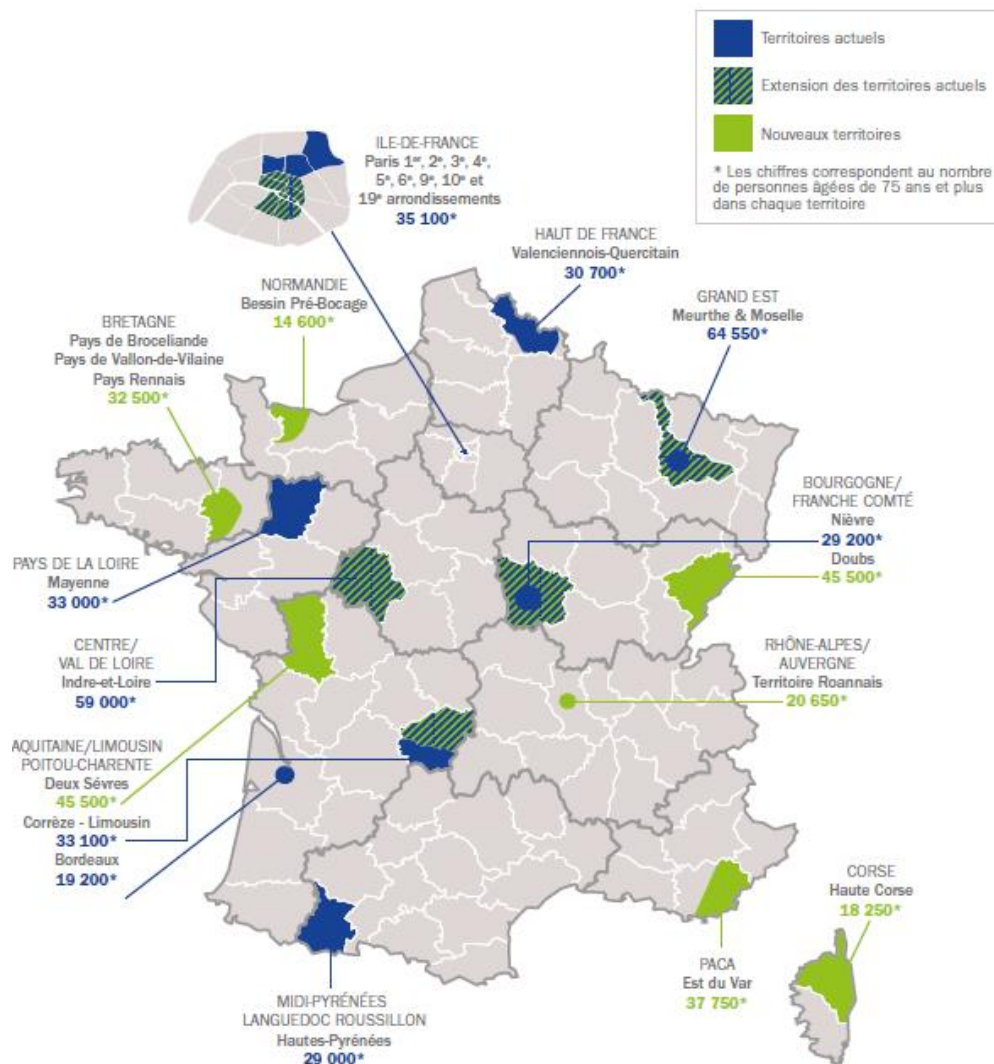
Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Liste des annexes

1. Cartographie des territoires PAERPA



Les territoires PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



Un territoire dans chaque région - Près de 550 000 personnes âgées concernées.

L'ensemble des acteurs territoriaux sont mobilisés pour participer à ces dispositifs pilotes qui se mettront en place progressivement : conseils départementaux, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, secteur social, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.

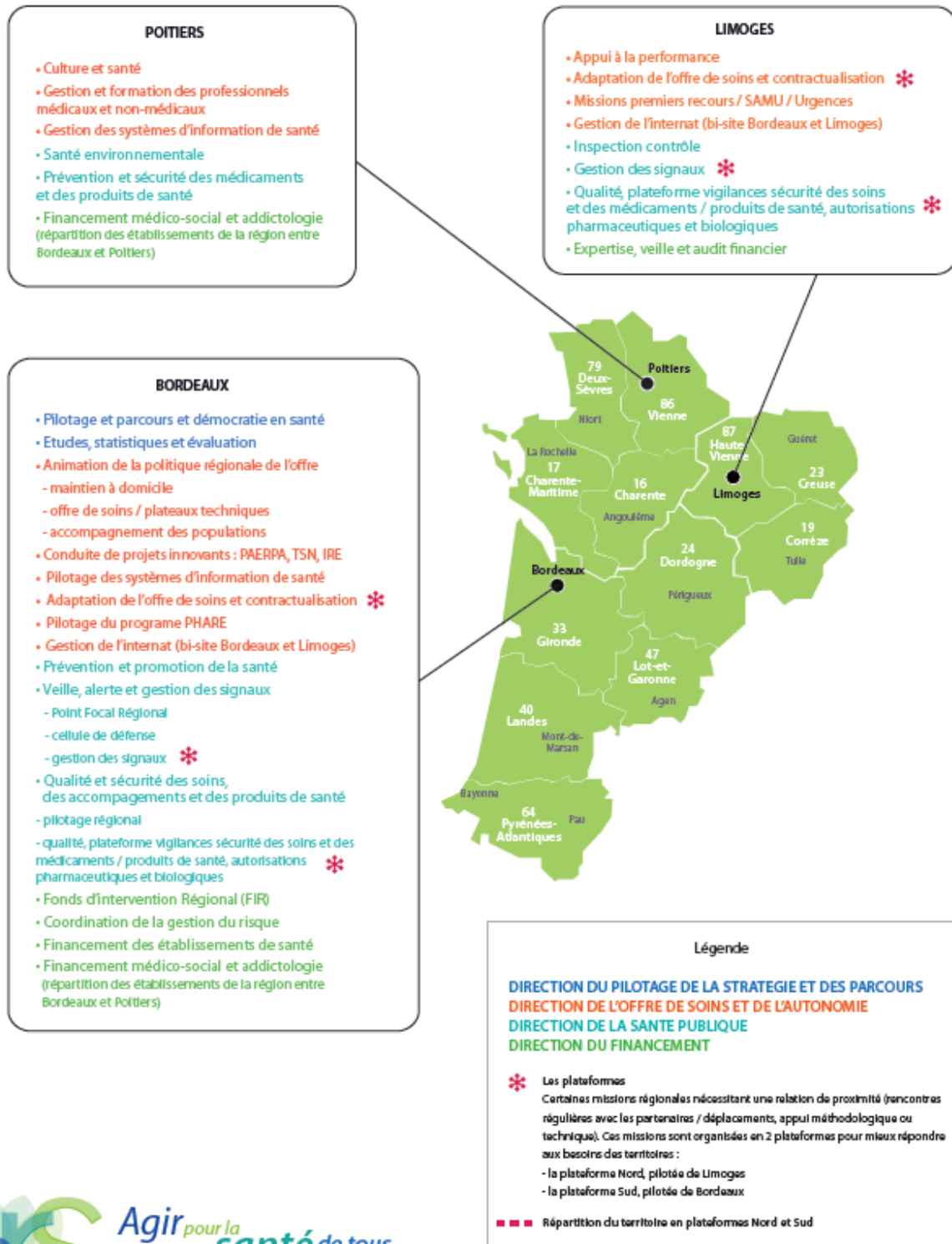
Estelle Brémaud -

2. Organisation géographique de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-



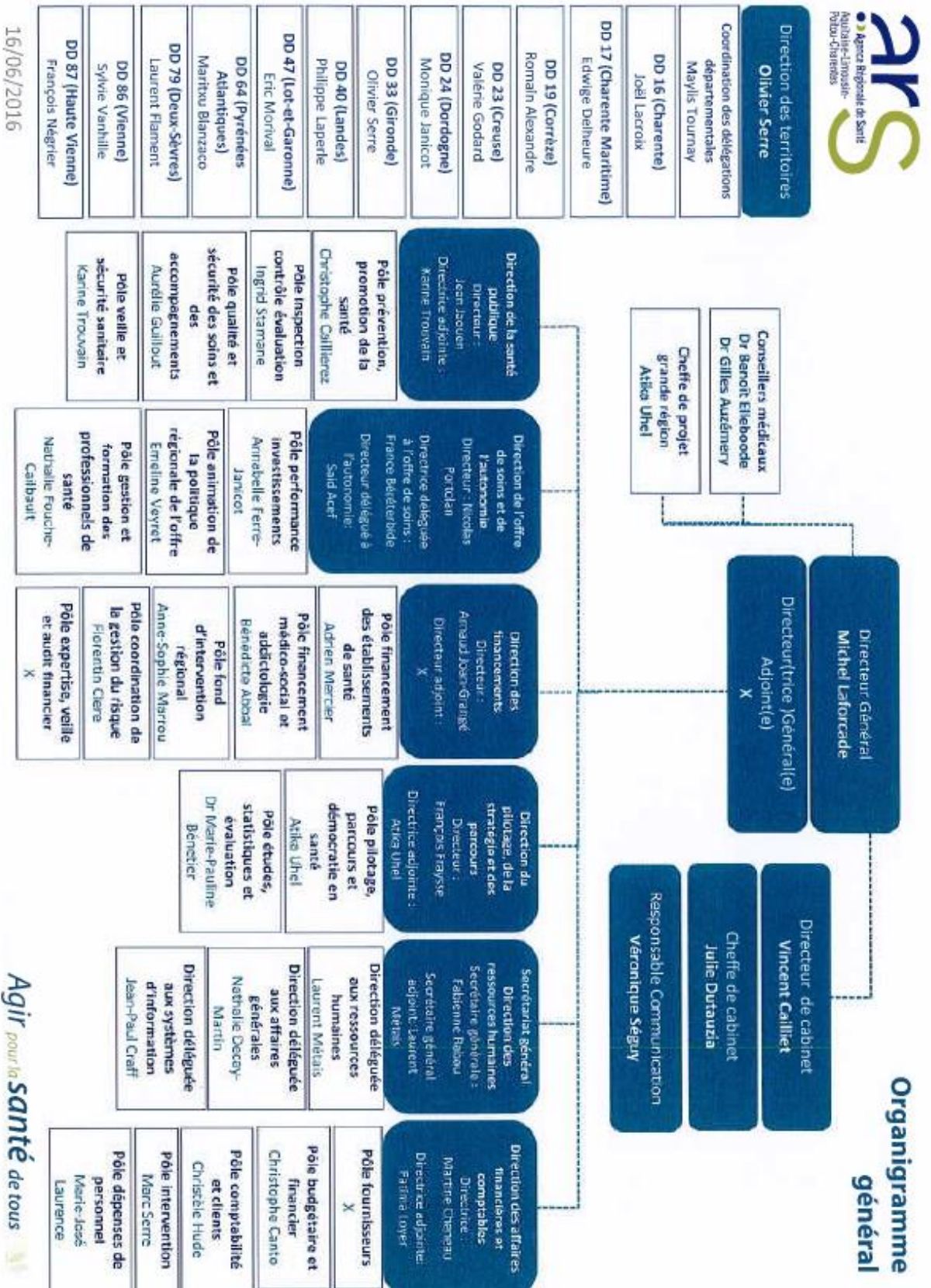
L'organisation géographique de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes

Janvier 2016



Estelle Brémaud -

3. Organigramme de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-charentes



Estelle Brémaud -

4. Présentation d'un plan personnalisé de santé

PPS de : Mme DUPONT Marie Jeanne (13 / 01 / 1950)			Prochaine évaluation : 26 / 04 / 2016	
Réfèrent : Dr Alban HUBAN TROUILLE			Dernière révision : 10 / 11 / 2015	
Initié le : 16 / 03 / 2015			Version n° : 2015 - 1	
Intervenants				
Catégories professionnelles	Nom du professionnel ou de l'organisme	Tel. fixe	Tel. portable	Email
Medecin traitant - CCP	Dr HUBAN-TROUILLE Alban	05 58 44 12 13	06 37 52 46 67	t.ducas@gmail.com
Infirmier(s) - CCP	Cabinet de la Midouze	05 58 03 15 03	06 28 52 12 98	-
Pharmacien - CCP	Pharmacie des deux bois	05 58 03 15 03	-	pharmacie@deuxbois.fr
Kinésithérapeute - CCP	M. CARLOS Baptiste	05 33 130 130	07 54 22 17 96	b.carlos@free.fr
Ergothérapeute	Mme TYPHIN Divine	05 58 03 15 02	-	-
Gériatre	Dr CUPOT Madeleine	05 58 04 15 03	-	-
Assistant social	CIAS du Marsan	05 58 05 10 10	07 37 44 46 69	ciasmarsan@cias.fr
Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)	Mme SEVERIN Amélie	-	06 58 75 02 14	a.severin@sfr.fr
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)	CTA	05 58 11 11 11	-	coordonateur@cta.fr
Autre	-	-	-	-
Plateforme téléphonique		Pharmacie de garde		En cas d'urgence
05 58 11 11 11		32 37		15 ou 18

Remarque : le PPS remis aux patients et aux aidants ne comporte pas le numéro de téléphone portable et l'adresse mail des intervenants ne souhaitant pas leur diffusion.

4

Plan Personnalisé de Santé (version à destination des professionnels)				
Réfèrent : Dr Alban HUBAN TROUILLE			Prochaine évaluation : 26 / 04 / 2016	
Initié le : 16 / 03 / 2015			Dernière révision : 10 / 11 / 2015	
Version n° : 2015 - 1				
Identité du patient				
Civilité, Nom :	Mme DUPONT			
Prénom :	Marie Jeanne	Prénom d'usage (facultatif): Josette		
Né(e) le :	13 / 01 / 1950			
Adresse postale :	38, Rue de la démocratie 33000 BORDEAUX			
Téléphone :	05 56 11 89 80			
Situation au domicile :	<input checked="" type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> Autre :			
Directives anticipées :	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON			
Protection juridique :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Type de protection :	<input checked="" type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Autre :			
Consentement du patient à l'échange d'informations				
Consentement recueilli :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Personne à contacter	Civilité, Nom	Prénom	Téléphone	Email
Réfèrent à prévenir	Mme DUPONT	Marie	01 43 57 48 75	m.dupont@gmail.fr
Personne de confiance	M. BIENMAL	Paul	01 43 57 48 75	p.bienmal@orange.fr
Mandataire légal	Mme DUBOIS	Stéphanie	05 46 77 42 11	s.dubois@mandataire.com

3

Estelle Brémaud -

PPS de : Mme DUPONT Marie Jeanne (13 / 01 / 1950)

Référent : Dr Alban HUBAN TROUILLE

Initié le : 16 / 03 / 2015

Prochaine évaluation : 26 / 04 / 2016

Dernière révision : 10 / 11 / 2015

Version n° : 2015 - 1

Contexte du patient

Mme DUPONT est entrée dans le dispositif de coordination en catégorie 2 suite à détection d'une maladie chronique. Elle vit seule depuis le décès de son conjoint.

Attentes et priorités du patient

Souhaite rester à domicile et limiter le passage d'intervenants.

Plan d'action

Problème	Objectif(s) attendu(s)	Action	Date de début	Intervenant	Périodicité	Date d'évaluation des objectifs
<i>Problème 1</i>	<i>Un ou plusieurs objectifs par problème</i>	<i>Une ou plusieurs actions par objectif</i>	<i>Une date par action</i>	<i>Un ou plusieurs intervenants par action</i>	<i>Action ponctuelle ou récurrente</i>	<i>Date butoir pour les objectifs associés à un problème</i>
Prise de traitement à risque de iatrogénie grave	<ul style="list-style-type: none"> Disparition des hallucinations visuelles Echelle de Morisky-Green inférieur à 2 (observance) 	Optimiser le traitement psychotrope (ajustement du traitement psychiatrique avec diminution du risque iatrogénique – observance)	01/12/2015	Médecin traitant	1X fois par semaine	27/04/2016
		Sécurisation de la prise, recours au traitement injectable	07/12/2015	Infirmier libéral	Tous les jours sauf WE	
Problème de continence	Améliorer le confort déclaré par le patient	Amener le patient à accepter la réalité de la situation et l'inviter à porter une culotte d'incontinence	30/11/2015	Infirmier libéral	4 rendez-vous	Fin janvier 2016
Faiblesse du réseau social ou familial	Mise en place d'un accompagnement social	Acceptation d'un renforcement des aides	02/12/2015	CLIC	Mi-décembre	01/02/2016
		Déposer un dossier APA	04/01/2015	CLIC et Médecin traitant	Mi-janvier	

Remarque : le PPS remis aux patients et aux aidants ne comporte pas de données patient sensibles (ex : situation de maltraitance)

5. Présentation de l'outil PAACO-globule



PAACO

Plateforme Aquitaine d'Aide à la
Communication en santé



La mobilité

Android ou Mac



PAACO

Plateforme Aquitaine d'Aide à la
Communication en santé



La communication

LISTE PATIENTS

PAR SECTEURS

CHAT SECURISE PAR PATIENT = CARREFOUR DES INFORMATIONS

Multimédia

- texte
- Image
- Document joint
- Vocal

-> Gestion des priorités
-> Gestion destinataires
-> Alertes et push



Estelle Brénaud -



La coordination

Annuaire paramétrable droits d'accès

Agenda patients, intervenants, structure

Dossier patient paramétrable, documenthèque

tsa e-santé aquitaine



Le suivi

Les constantes

Les fiches métier (fiches d'évaluation)

tsa e-santé aquitaine

Estelle Brémaud -

<http://docplayer.fr/10996101-Paaco-la-plateforme-aquitaine-d-aide-a-la-communication-en-sante.html>

Estelle Brémaud -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

6. Questionnaires d'évaluation

a) Proches des personnes âgées

1-Informations générales

Vous êtes *

- Un homme
- Une femme

Votre âge *

- 20-35 ans
- 35-50 ans
- 50 ans et +

Votre catégorie socio-professionnelle *

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle

Comment avez-vous eu connaissance de la plateforme autonomie seniors ? *

- Grâce à mon médecin traitant
- Grâce à un professionnel de santé (Kiné, infirmier, pharmacien...)
- Grâce à un professionnel du social (assistante sociale...)
- Grâce à une personne proche (voisin, famille, amis)
- Via une affiche ou un flyer
- Via le site internet
- Autre

Si vous avez répondu autre, pouvez-vous préciser :

Quel est votre lien avec la personne âgée qui a été accompagnée par la plateforme ? *

Estelle Brémaud -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

- Son fils/sa fille
- son neveu/sa nièce
- Son conjointe/sa conjointe
- Un(e) ami(e)
- Un(e) voisin(e)
- Autre

Quel était son âge à ce moment-là ? *

2-Votre contact avec la plateforme autonomie seniors

Pourquoi avez-vous fait appel à la plateforme ? (plusieurs réponses possibles) *

- Information concernant les droits et services pour le maintien à domicile (adaptation du domicile...)
- Information concernant les droits et services pour l'hébergement en établissement (EHPAD, RPA...)
- Evaluation globale des besoins à domicile
- Activation des aides sociales (APA...)
- Suivi intensif des situations complexes
- Veille sociale et lutte contre l'isolement (visite de convivialité, portage de repas)
- Vous étiez inquiet concernant votre proche
- Votre proche sortait d'hospitalisation/d'urgences et ne pouvait immédiatement rentrer à son domicile
- Autre

Quelles réponses la plateforme vous a-t-elle apportées ? (plusieurs réponses possibles) *

- Réponse aux informations demandées
- Rencontre à domicile
- Je n'ai pas pu avoir de réponse
- Autres

Si vous avez répondu autres, pouvez-vous préciser?

L'horaire de la plateforme vous a-t-il convenu ? *

- Oui
- Non

Dans quelle situation est aujourd'hui votre proche ? *

- A domicile

Estelle Brémaud -

En établissement

Autre

Êtes-vous satisfait des réponses qui vous ont été proposées par la plateforme ? *

Oui

Non

Partiellement

Pourquoi ?

Pensez-vous que ce dispositif de plateforme doit être transposé dans d'autres villes ? *

Oui

Non

Contacterez-vous à nouveau la plateforme ? *

Oui, le cas échéant

Non

Votre proche a-t-il bénéficié d'un Plan Personnalisé de Santé ? *

Oui

Non, nous n'avons pas eu l'information

Non, nous l'avons refusé

Je ne sais pas

Selon vous, quelles seraient les perspectives d'amélioration pour la plateforme autonomie seniors ? *

b) [CTA](#)

1-Votre travail

Votre profession *

- Accueil à la cité municipale
- Assistant de coordination
- Coordinateur de secteur
- Coordinateur spécialisé
- Gestionnaire administratif / aide administrative
- Responsable adjointe
- Responsable de la plateforme
- Responsable de la MAIA
- Gestionnaire de cas MAIA
- Coordonnateur lutte contre l'isolement

Êtes-vous satisfait de vos missions ? *

- Oui
- Non
- Partiellement

Pouvez-vous l'expliquer ?

Les missions qui vous sont imputées sont-elles réalisables par rapport aux moyens dont vous disposez ? (moyens matériels) *

- Oui
- Non

Souhaitez-vous avoir plus de responsabilités ? *

- Oui
- Non

Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail ? *

Qu'est-ce qui vous pèse le plus dans votre travail ? *

Que faudrait-il améliorer dans l'organisation de votre travail ? *

Au niveau de l'organisation de la plateforme autonomie seniors, que faudrait-il améliorer ? *

Estelle Brémaud -

Pensez-vous qu'il manque de professionnels sur la plateforme ? (en nombre ou en spécialité) *

- Oui
- Non

Arrivez-vous à orienter facilement les personnes ? (personne âgée, aidant, professionnels de santé) *

- Oui
- Non
- Je ne suis pas concerné(e)

Vous sentez vous parfois démunis lors de vos entretiens ? (téléphone ou domicile) *

- Oui
- Non
- Je ne suis pas concerné(e)

Seriez-vous intéressé par une formation spécifique sur l'entretien avec la personne âgée ? *

- Oui
- Non
- Je ne suis pas concerné(e)

Autres remarques

2-Outil informatique

Combien de personnes âgées avez-vous dans votre "portefeuille"? (Mettre 0 si non concerné) *

L'appropriation des outils est-elle facile ? (PAACO / Globule) *

- Oui
- Non

Pourquoi ?

La saisie du PPS dans PAACO est-elle aisée ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Que faudrait-il améliorer dans cet outil informatique ? *

3-Votre ressenti sur le projet PAERPA

Estelle Brémaud -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Pensez-vous qu'il serait intéressant de développer ce type de plateforme dans d'autres villes ? *

- Oui
- Non

La plateforme apporte elle les bonnes réponses aux besoins des personnes âgées et aidants ? *

- Oui
- Partiellement
- Pas du tout

Pourquoi ?

Souhaitez-vous qu'un autre professionnel (santé ou social) que le médecin traitant initie le PPS ? *

- Oui
- Non

Lequel ?

Souhaitez-vous que la Plateforme puisse initier un PPS ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Au sujet des chambres relais d'urgence dans les EHPAD, que pensez-vous de l'utilité de ces chambres ? *

- Elles ont une réelle utilité
- Elles n'ont pas vraiment d'utilité
- Je ne sais pas

Que faudrait-il améliorer concernant les chambres relais d'urgence ?

c) Médecins généralistes

1-Informations générales

Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme

Votre âge : *

- 20-35 ans
- 35-50 ans
- 50 ans et +

Vous exercez : *

- Seul
- Dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Dans un cabinet médical avec associés
- Dans un centre de santé
- Dans un établissement
- Autre

Vous êtes : *

- à temps plein
- à temps partiel

2-Vos relations avec la Plateforme Autonomie Seniors

Comment avez-vous eu connaissance de la plateforme autonomie seniors ? *

- Via les réunions de quartiers
- Grâce à un autre médecin traitant
- Grâce à un autre professionnel de santé
- Grâce à un proche (famille, amis, voisins)
- Via une affiche ou un flyer
- Autre

Utilisez-vous le site internet www.autonomieseniors-bordeaux.fr ? *

- Oui
- Non

Est-ce vous-même qui avez contacté pour la première fois la plateforme autonomie seniors ? *

Estelle Brémaud -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

- Oui
- Non

Pourquoi avez-vous déjà contacté la plateforme autonomie seniors ? (plusieurs réponses possibles) *

- Demande d'information sur les dispositifs
- L'aide à l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé
- L'aide à l'organisation d'une coordination clinique de proximité
- L'aide à la mise en place de prestations sociales pour le maintien à domicile
- L'organisation d'un suivi régulier pour accompagner votre patient
- Demande d'un accompagnement d'aidant
- Autre
- Je ne l'ai pas recontacté

Vous avez répondu autre, merci de préciser

Selon vous, la plateforme a-t-elle une réelle plus-value en termes de coordination entre les professionnels (sociaux et sanitaires) ? *

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Selon vous, la plateforme a-t-elle une réelle plus-value pour vos patients ? *

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Pensez-vous que ce type de structure correspond aux futures attentes des professionnels ? *

- Oui
- Non

Quels sont les avantages de la plateforme autonomie seniors ? *

Quels sont les inconvénients de la plateforme autonomie seniors ? *

Avez-vous recommandé la plateforme à vos confrères ? *

- Oui
- Non

La plage horaire d'accueil téléphonique de la plateforme vous convient-elle ? *

- Oui
- Non

Quelles sont vos suggestions d'amélioration de la plateforme ? *

Estelle Brémaud -

3-Outil numérique

Utilisez-vous PAACO-globule ? *

- Oui
- Non

L'outil numérique PAACO-globule allège-t-il vos tâches administratives? *

- Oui
- Non

Merci d'indiquer vos satisfactions et/ou insatisfactions par rapport à PAACO-globule : *

4-Au sujet des Plans Personnalisés de Santé (PPS)

Connaissez-vous les PPS ? *

- Oui
- Non

Avez-vous initié au moins un PPS pour un patient ou plus ? *

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

Pourquoi ?

Souhaitez-vous qu'un autre professionnel (infirmier, plateforme autonomie seniors...) initie le PPS ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

De votre point de vue, quels sont les avantages d'un PPS ? (plusieurs réponses possibles) *

- Meilleur suivi pour le patient
- Meilleur lien entre le social et le sanitaire
- Meilleur partage d'information
- Prévention des situations à risque
- Je ne sais pas
- Autre

Si vous avez répondu autre, merci de préciser

Estelle Brémaud -

De votre point de vue, quels sont les inconvénients d'un PPS ? *

Quelles seraient vos perspectives d'amélioration du PPS ? *

La rémunération donnée suite à l'ouverture d'un PPS vous convient-elle ? *

- Oui
 Non

Pourquoi ?

Quels (s) autres (s) dispositifs PAERPA connaissez-vous ? *

- L'hébergement relais en urgence en EHPAD
 La permanence téléphonique des gériatres (CHU Bordeaux)
 L'unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle dans la cité (CHU Bordeaux)
 La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse
 Le repérage des troubles de l'équilibre
 L'organisation de bilans podologiques en EHPAD
 L'Astreinte infirmière libérale la nuit, weekend et jours fériés
 L'Equipe Urgence Nuit
 L'Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile (ESAD)
 L'EHPAD COS Villa Pia hors les murs

d) Personnes âgées

1-Informations générales

Vous êtes *

- Un homme
- Une femme

Votre âge *

Comment avez-vous eu connaissance de la plateforme autonomie seniors ? *

- Grâce à mon médecin traitant
- Grâce à un professionnel de santé (Kiné, infirmier, pharmacien...)
- Grâce à un professionnel du social (assistante sociale...)
- Grâce à une personne proche (voisin, famille, amis)
- Via une affiche ou un flyer
- Via le site internet
- Autre

2-Votre contact avec la plateforme autonomie seniors

Pourquoi avez-vous fait appel à la plateforme ? (plusieurs réponses possibles) *

- Information concernant les droits et services pour le maintien à domicile (adaptation du domicile...)
- Information concernant les droits et services pour l'hébergement en établissement (EHPAD, RPA...)
- Evaluation globale des besoins à domicile
- Activation des aides sociales (APA...)
- Suivi intensif des situations complexes
- Veille sociale et lutte contre l'isolement (visite de convivialité, portage de repas)
- Autre

Quelles réponses la plateforme vous a-t-elle apportées ? (plusieurs réponses possibles) *

- Réponse aux informations demandées
- Rencontre à domicile
- Je n'ai pas pu avoir de réponse
- Autres

Si vous avez répondu autres, pouvez-vous préciser?

L'horaire de la plateforme vous a-t-il convenu ? *

- Oui
- Non

Dans quelle situation êtes-vous aujourd'hui ? *

- A domicile
- En établissement
- Autre

Êtes-vous satisfait des réponses qui vous ont été proposées par la plateforme ? *

- Oui
- Non
- Partiellement

Pourquoi ?

Pensez-vous que ce dispositif de plateforme doit être transposé dans d'autres villes ? *

- Oui
- Non

Contacterez-vous à nouveau la plateforme ? *

- Oui, le cas échéant
- Non

Avez-vous bénéficié d'un Plan Personnalisé de Santé ? *

- Oui
- Non, je n'ai pas eu l'information
- Non, je l'ai refusé
- Je ne sais pas

Selon vous, quelles seraient les perspectives d'amélioration pour la plateforme ? *

e) Professionnels de santé et du social

1- Informations générales

Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme

Votre âge : *

- 20-35 ans
- 35-50 ans
- 50 ans et +

Votre profession : *

- Infirmier
- Kinésithérapeute
- Pédicure-podologue
- Orthophoniste
- Psychologue
- Pharmacien
- Autre

Vous exercez : *

- Seul
- Dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Dans un cabinet paramédical avec associés
- Dans un centre de santé
- Dans un établissement
- Autre

Vous êtes : *

- à temps plein
- à temps partiel

2- Vos relations avec la Plateforme Autonomie Seniors

Comment avez-vous eu connaissance de la plateforme autonomie seniors ? *

- Via les réunions de quartiers
- Grâce à un autre professionnel de santé

Estelle Brémaud -

- Grâce à un proche (famille, amis, voisins)
- Via une affiche ou un flyer
- Autre

Utilisez-vous le site internet <http://www.autonomieseniors-bordeaux.fr/> ? *

- Oui
- Non

Est-ce vous-même qui avez contacté pour la première fois la plateforme? *

- Oui
- Non

Pourquoi avez-vous déjà contacté la plateforme ? (plusieurs réponses possibles) *

- Demande d'information sur les dispositifs
- L'aide à l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé
- L'aide à l'organisation d'une coordination clinique de proximité
- L'aide à la mise en place de prestations sociales pour le maintien à domicile
- L'organisation d'un suivi régulier pour accompagner votre patient
- Demande d'un accompagnement d'aidant
- Autre
- Je ne l'ai pas recontacté

Si vous avez répondu autre, pouvez-vous préciser :

Selon vous, la plateforme a-t-elle une réelle plus-value en termes de coordination entre les professionnels (sociaux et sanitaires) ? *

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Selon vous, la plateforme a-t-elle une réelle plus-value pour vos patients? *

- Oui
- Non

Pourquoi ? *

Pensez-vous que ce type de structure correspond aux futures attentes des professionnels ? *

- Oui
- Non

Quels sont les avantages de la plateforme autonomie seniors ? *

Quels sont les inconvénients de la plateforme autonomie seniors ? *

Avez-vous recommandé la plateforme à vos confrères ? *

Estelle Brémaud -

- Oui
- Non

La plage horaire d'accueil téléphonique de la plateforme vous convient-elle ? *

- Oui
- Non

Quelles sont vos suggestions d'amélioration de la plateforme? *

3-L'outil numérique PAACO-globule

Utilisez-vous PAACO-globule ? *

- Oui
- Non

Êtes-vous satisfait de l'outil? *

- Oui
- Non

L'outil numérique PAACO-globule allège-t-il vos tâches administratives? *

- Oui
- Non

4-Au sujet des Plans Personnalisés de Santé (PPS)

Connaissez-vous les PPS ? *

- Oui
- Non

Avez-vous au moins un patient ayant un PPS ? *

- Oui
- Non

Souhaitez-vous pouvoir initier un PPS ? *

- Oui
- Non

Quels sont les avantages d'un PPS ? (plusieurs réponses possibles) *

- Meilleur suivi pour le patient
- Meilleur lien entre le social et le sanitaire
- Meilleur partage d'information
- Prévention des situations à risque
- Je ne sais pas
- Autre

Estelle Brémaud -

Si vous avez répondu autre, merci de préciser

Quels sont les inconvénients d'un PPS ?

Quelles seraient vos perspectives d'amélioration du PPS ? *

La rémunération donnée suite à l'ouverture d'un PPS vous convient-elle ? *

Oui

Non

Pourquoi ?

Quel(s) autre(s) dispositifs de PAERPA connaissez-vous ? *

- L'hébergement relais en urgence en EHPAD
- La permanence téléphonique des gériatres (CHU Bordeaux)
- L'unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle (CHU Bordeaux)
- La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse
- Le repérage des troubles de l'équilibre
- L'organisation de bilans podologiques en EHPAD
- L'astreinte infirmière libérale la nuit, weekend et jours fériés
- L'Equipe Urgence Nuit
- L'Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile (ESAD)
- L'EHPAD COS Villa Pia hors les murs

7. Recommandations de la Cour des comptes pour mieux piloter les politiques et cibler les aides

Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes

- procéder à une analyse précise et harmonisée des besoins des personnes âgées dépendantes ;

Mieux répondre aux besoins

- fédérer les organismes dispensant l'information et leur donner une bonne visibilité ;
- identifier des structures d'appui aux médecins traitants et aux professionnels de premier recours pour accompagner les personnes les plus dépendantes ;
- développer et généraliser les outils techniques nécessaires à la coordination ;
- mener à son terme la réforme de la tarification des services d'aide et de soins à domicile ;
- simplifier et rationaliser les qualifications et les diplômes des intervenants à domicile ;
- favoriser le regroupement des services de soins et d'accompagnement à domicile ;

Mieux piloter les politiques et cibler les aides

- élargir à la programmation de l'offre la compétence de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- améliorer le chiffrage du coût de la dépendance et du maintien à domicile ;
- suivre et soutenir, dans les plans d'aide, les expérimentations locales faisant appel à des offres de service de téléassistance et de domotique ;
- développer la connaissance des restes à charge par des études, en mesurant précisément les coûts respectifs du maintien à domicile et de l'hébergement en établissement ;
- faire face aux besoins de financement futurs en modulant plus fortement l'APA en fonction des ressources des bénéficiaires.

Estelle Brémaud -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Brémaud	Estelle	19 septembre 2016
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Evaluation du projet PAERPA sur le territoire d'expérimentation de la ville de Bordeaux		
Promotion 2015-2016		
<p>Résumé : L'objet de ce mémoire porte sur l'évaluation du projet PAERPA à Bordeaux et plus spécifiquement sur les critères de pertinence et d'efficacité. Pour juger cela, l'évaluation consiste à collecter les retours d'usages des professionnels de santé, du social et du médico-social ainsi que les personnes âgées et de leurs proches sur les dispositifs du projet PAERPA, et en particulier sur la coordination territoriale d'appui nommée « Plateforme autonomie seniors ».</p> <p>Quelle est la plus-value de la Plateforme autonomie seniors pour les personnes âgées et leurs proches ? Répond-elle aux besoins des professionnels de santé, du social et du médico-social ? Quelles sont les conditions pour réussir un projet expérimental ?</p> <p>La plus-value de la Plateforme autonomie seniors pour les personnes âgées et leurs proches est indéniable. Le verbatim « je revis » le prouve. Pour ce qui est des professionnels de santé, du social et du médico-social, la CTA vient en appui à leurs pratiques. La CTA permettrait un « meilleur suivi global du patient ». Les professionnels de la CTA se plaisent dans leurs missions et disposent d'un éventail d'activités variées. Néanmoins, les contrats précaires dus au dispositif expérimental sont un facteur de <i>turn over</i>, car les professionnels recherchent des contrats plus pérennes. Dans l'ensemble, le pilotage du projet et la multiplicité des partenaires ayant intégré ce projet est un gage de réussite car, pensé par tous, tous ont intérêt à ce que celui-ci fonctionne.</p>		
<p>Mots clés : PAERPA – Bordeaux – ARS – projet – parcours – évaluation – évaluation qualitative – coordination territoriale d'appui – personnes âgées – maintien à domicile – Plateforme autonomie seniors</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		