

CONSTRUIRE ENSEMBLE LE PARCOURS DE SANTÉ DES **AÎNÉS**

# Bilan du programme

Parcours de santé des Aînés  
sur le territoire du VAR  
2016 - 2018

PAERPA  
Avril 2019

# Sommaire

## Bilan du programme

## Parcours de santé des Aînés (PAERPA) sur le territoire du VAR 2016 - 2018

SYNTHÈSE	4
----------	---

### 1. L'expérimentation PAERPA dans le département du Var

1.1. Les objectifs nationaux de l'expérimentation PAERPA	8
1.2. Les objectifs et la méthodologie de ce rapport	9
1.3. La mise en place de l'expérimentation PAERPA dans le Var	11
1.3.1. Le contexte territorial du département du Var	11
1.3.2. Une gouvernance simplifiée et lisible pour soutenir l'expérimentation	14
1.3.3. Les étapes clefs du déploiement du programme	18
1.3.4. Des feuilles de route ambitieuses et un positionnement fort par rapport aux territoires de la deuxième vague	18

### 2. Les dispositifs mis en place dans le cadre de l'expérimentation PAERPA

2.1. Les dispositifs de coordination entre les professionnels	24
2.1.1. Les plateformes d'appui aux professionnels	24
2.1.2. Le Plan Personnalisé de Santé (PPS) et la coordination des acteurs	31
2.2. Les dispositifs en lien avec le domicile	34
2.2.1. Les équipes mobiles externes du Var Est et Var Ouest	34
2.2.2. Les actions au domicile activables en urgence	39
2.3. Les dispositifs en lien avec l'hôpital	41
2.3.1. Les dispositifs facilitant l'accès à l'hôpital : le numéro unique et les consultations externes gériatriques à délai court	41
2.3.2. Les dispositifs améliorant la prise en charge hospitalière	42
2.3.3. Les dispositifs améliorant la prise en charge des troubles du comportement	44
2.3.4. Les dispositifs facilitant la sortie de l'hôpital	44
2.4. Les dispositifs innovants mis en place en EHPADs	45
2.5. Les dispositifs de prévention et formation au repérage et à la perte d'autonomie	49
2.5.1. Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique	49
2.5.2. La formation des professionnels au repérage et à la perte d'autonomie	49
2.6. Une communication ciblée auprès des professionnels	51
2.6.1. De multiples canaux de communication déployés	51
2.6.2. Les supports de communication sur le parcours de santé par pathologies gériatriques	53
2.7. Les outils d'échange numérique au service de la coordination	54
2.7.1. L'outil régional de coordination	54
2.7.2. La messagerie sécurisée	54
2.7.3. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR)	54
2.7.4. Le Dossier Médical Partagé (DMP)	55
2.8. La télémédecine	55
2.9. Le bilan financier du dispositif	55
2.9.1. Var Est	56
2.9.2. Var Ouest	56

### 3. Les premiers impacts du programme PAERPA dans le Var : une prise en charge des PA optimisée, des professionnels mieux impliqués

3.1. Une prise en charge de la personne-âgée optimisée tant à l'hôpital qu'à domicile	58
3.1.1. Une prise en charge optimisée de la personne âgée à l'hôpital : un recours à l'hôpital plus adapté	58
3.1.2. Une meilleure prise en charge du patient hospitalisé, avec des bénéfices à long terme	61
3.1.3. Une meilleure prise en charge globale pour le patient à domicile	66
3.2. Des professionnels impliqués : une coordination territoriale dynamique et une montée en compétence des équipes	71
3.2.1. Une forte dynamique territoriale grâce à des acteurs mieux coordonnés	71
3.2.2. La diffusion des pratiques gériatriques	75
3.2.3. Les effets du programme PAERPA à atténuer : une organisation et des outils à améliorer	77

### 4. Intégrer la démarche parcours dans le droit commun par une gouvernance confortée et une pérennisation des dispositifs

4.1. Une gouvernance territoriale à pérenniser	80
4.1.1. Conforter et pérenniser une gouvernance départementale décloisonnée et co-pilotée	80
4.1.2. Soutenir les PTA/CTA dans l'exercice de leurs missions	83
4.2. Les actions à renforcer pour une meilleure coordination des professionnels	84
4.2.1. Les équipes mobiles externes, leviers d'acculturation en ville et de décloisonnement ville-hôpital	84
4.2.2. Le PPS : un outil majeur à généraliser et diffuser	85
4.3. L'adaptation de l'hôpital au patient âgé et l'amélioration de la prise en charge en EHPAD et à domicile	86
4.3.1. Les dispositifs à dupliquer dans l'ensemble des hôpitaux du département	86
4.3.2. L'amélioration de la prise en charge en EHPAD	88
4.3.3. Le renforcement des dispositifs de maintien à domicile	88
4.4. La poursuite des actions de prévention et de formation au repérage et à la perte d'autonomie	90
4.4.1. Les actions de prévention	90
4.4.2. Les formations au repérage et à la perte d'autonomie	90
4.4.3. L'éducation thérapeutique	90
4.5. Les dispositifs à interroger	91
4.5.1. Nettoyage d'appartement	91
4.5.2. L'hébergement temporaire - chambre relais	91
4.6. Les enjeux de la communication et du Système d'information	91
4.6.1. La communication	91
4.6.2. Déploiement du projet e-parcours et développement de la télémédecine	92

### 5. Conclusion 94

Remerciements	96
Index des tableaux	97
Glossaire	98

# Synthèse

## Une expérimentation nationale déployée sur l'ensemble du Var

Le déploiement de l'expérimentation du programme parcours de santé des aînés (dit PAERPA) en région Provence-Alpes-Côte d'Azur a débuté fin 2016 sur le territoire de l'Est Var, puis a été élargi à tout le département du Var en mars 2018. Il s'inscrit à un moment charnière où le parcours de la personne, porteuse de maladies chroniques et en risque de perte d'autonomie, est en passe d'être reconnu dans le système de santé comme une évidence de droit commun dans nos organisations territoriales. (Rapport de la concertation Grand âge autonomie de D.Libault, mars 2019).

La population âgée des 75 ans et plus dans le Var va augmenter de plus de 50% d'ici à 2040, celle des 85 ans et plus va tripler, selon l'INSEE. Cette population est caractérisée par son hétérogénéité sur le plan socio-économique et dans l'accès à l'offre avec un littoral mieux doté en médecins généralistes et une population plus aisée que l'arrière-pays rural. Cette situation oblige les professionnels à apporter des réponses personnalisées.

L'expérimentation PAERPA a pour ambition de décloisonner les acteurs de santé et de faciliter des pratiques professionnelles collaboratives ; il s'agit d'offrir des réponses à une population dans son environnement et en proximité pour faciliter le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie et les ruptures de parcours.

## Un programme varois ambitieux aux résultats prometteurs

Après 2 ans de conduite de projet, ce bilan de capitalisation présente des résultats élogieux pour les professionnels impliqués dans la démarche.

Les points forts de cette réussite se déclinent en particulier sur les éléments suivants :

### **Le développement des dispositifs d'appui à la coordination et l'implication des professionnels de santé libéraux**

Les dispositifs d'appui, la Coordination Territoriale des Aînés (CTA) Var-Est et la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) Var-Ouest, sont classés au deuxième rang dans les indicateurs nationaux des territoires de la 2<sup>e</sup> vague avec 10 sollicitations par jour en moyenne et une forte hausse de leur activité dans les 6 derniers mois. La CTA et la PTA proposent un appui, non seulement aux professionnels libéraux, mais aussi aux établissements de santé permettant à ceux-ci une meilleure efficacité. Leur rôle de veille territoriale leur permet d'identifier les points de fragilité des organisations et de proposer des évolutions des pratiques professionnelles.

La mobilisation des professionnels de santé libéraux dans le Var est remarquable, compte tenu des difficultés de départ, au niveau national, avec l'Union Nationale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux. D'une part, la contractualisation proposée par l'ARS avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) les impliquant dans la promotion de la démarche et d'autre part, leur participation aux instances de gouvernance du programme ont été payantes. La mise en place d'un club des PTA au niveau régional, co-piloté par l'URPS des médecins libéraux et la mission SACO (services d'appui à la coordination) de l'ARS, en charge de la convergence des dispositifs d'appui à la coordination, a contribué à cette adhésion. Celle-ci se mesure dans le bilan aux 33% de médecins généralistes du Var-Est qui ont rédigé un Plan Personnalisé de Santé (PPS) et aux sollicitations de la CTA ou PTA de leur part.

### **L'engagement des hôpitaux et l'amélioration des interfaces ville-hôpital**

L'effort des établissements de santé, tous membres du Groupement Hospitalier de Territoire du Var, a porté sur le repérage de la fragilité dans les services et sur le déploiement des équipes mobiles de gériatrie et de gérontopsychiatrie sur le département. Ces équipes mobiles jouent un rôle de catalyseur dans l'organisation des prises en charges ville-hôpital, facilitent la réalisation des PPS, améliorent l'efficacité des filières gériatriques et permettent une montée en compétence des professionnels du domicile. Le repérage de la fragilité dans les services permet une acculturation à la gériatrie et une sensibilisation aux risques iatrogéniques. La collaboration étroite avec la CPAM du Var a assuré un déploiement dynamique du programme PRADO Personnes Agées, permettant des sorties d'hospitalisation plus rapides et de meilleure qualité et une articulation avec les dispositifs d'appui garantissant des réponses graduées en fonction du niveau de complexité des besoins des patients.

## **Des innovations portées par le secteur médico-social**

L'engagement des services d'aides à domicile a contribué au repérage à domicile des personnes âgées fragiles et à une réponse en urgence en cas de défaillance soudaine de l'aidant (activation d'aides à domicile dans les 4 heures).

L'implication des EHPAD a permis le développement de nouvelles prestations et d'innovations organisationnelles améliorant la qualité de la prise en charge avec la présence d'astreintes d'infirmières de nuit mutualisées (8 EHPAD impliquées en 2018, 25 en 2019), le déploiement de PASA de nuit, une offre en soins bucco dentaires adaptés à la population hébergée et l'ouverture prochaine d'EHPAD hors les murs.

## **La prévention**

L'articulation avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et l'engagement des caisses de retraite ont démultiplié les programmes de prévention dans le Var dont le nombre a quadruplé. L'ouverture prochaine d'un site régional permettra l'inscription en ligne des usagers aux ateliers de prévention.

## **La gouvernance et la gestion de projet territoriale**

Le co-pilotage stratégique ARS-Conseil Départemental, axe structurant du programme varois, et le lien avec la commission départementale de coordination de l'offre de proximité ont permis que l'ensemble des partenaires et institutions concernées soient engagés dans la démarche.

La gouvernance opérationnelle portée par la CTA et PTA avec un appui remarquable de la DD83 et le soutien de la mission SACO ont permis que les utilisateurs soient bien impliqués dans la dynamique territoriale ainsi impulsée.

## **Un impact sur les pratiques professionnelles et le parcours des personnes âgées**

La synergie de ces différentes actions se traduit par des premiers résultats très encourageants. En 2 ans, 4 000 professionnels ont été rencontrés. Des pratiques collaboratives se mettent en place. La patientèle de 67 % des médecins généralistes du Var-Est est impactée par la CTA, de 22 % du Var-Ouest par la PTA (développement plus récent et territoire deux fois plus étendu). Il convient surtout de noter un début d'impact sur les résultats en termes de parcours : réduction des passages aux urgences non suivis d'hospitalisations et des hospitalisations non programmées sur le Var Est. Ces tendances devront être confirmées à l'avenir.

## **Les leviers de cette réussite**

Les leviers suivants paraissent déterminants :

- La dynamique de coordination institutionnelle mise en place et en premier lieu le co-pilotage ARS-Conseil Départemental ;
- L'engagement des acteurs autour d'un enjeu partagé, favorisé par l'effort financier consenti tant au niveau national que régional ;
- L'ampleur du plan de communication et d'information/formation des professionnels déployé ;
- La démarche concomitante de convergence des dispositifs d'appui à la coordination portée par la mission SACO ;
- L'accompagnement national ;
- Le rôle clé de la DD 83 dans la gestion du projet et l'animation du territoire.

## **Transformer l'essai en pérennisant la démarche, en cohérence avec les orientations nationales**

Au vu du bilan de capitalisation et des résultats obtenus, à la suite du rapport Libault et en cohérence avec Ma Santé 2022, les perspectives d'amélioration suivantes peuvent dès à présent être définies pour le programme varois. Elles seront complétées selon les orientations nationales de la future réforme du grand âge.

**Conforter et pérenniser la gouvernance départementale** et son co pilotage ARS Conseil départemental. Le comité stratégique départemental parcours des aînés pourra être intégré à la conférence départementale du grand âge. Cette conférence devra être co-présidée par le Conseil Départemental et l'ARS

**Poursuivre la mise en cohérence des politiques publiques** en veillant à la synergie avec les contrats locaux de santé pour lequel le Var est un territoire pilote en PACA.

**Contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins de proximité** : pérenniser toutes les actions qui facilitent le maintien à domicile, et l'anticipation des prises en charge :

- Le dispositif des plateformes d'appui qui doivent être accompagnées dans leurs missions en renforçant les métiers de pilotes et de coordination ;
- Le repérage de la fragilité au domicile et le soutien aux aidants ;
- La diffusion de l'outil PPS, facteur de pratique collaborative entre professionnels libéraux ;
- Le déploiement des équipes mobiles, gériatriques et de gérontopsychiatrie, qui apportent l'expertise à domicile et favorisent l'articulation ville hôpital ;
- Les prestations innovantes en EHPADS, particulièrement les hébergements temporaires et le déploiement de la télémédecine en EPHAD.

Le lancement en avril 2019 par la délégation départementale d'une démarche d'élaboration d'une feuille de route des soins de proximité dans le Var, associant les plates formes d'appui, contribuera à l'articulation de ces structures avec les communautés professionnelles territoriales de santé émergentes.

**Favoriser la pertinence et la qualité des séjours hospitaliers des personnes âgées :**

- Pérenniser le repérage de la fragilité dans tous les services hospitaliers ;
- Développer la diffusion des bonnes pratiques gériatrique via les équipes mobiles internes et les commissions gériatriques pluridisciplinaires ;
- Poursuivre le programme PRADO personne âgée, articulé avec le dispositif des plateformes dans le Var ;
- Coordonner les acteurs de la conciliation médicamenteuse.

**Déployer les outils du partage de l'information et de l'e-parcours**

- Les priorités de l'outil e-parcours devront se porter sur un outil de coordination ergonomique, compatible avec le Répertoire Opérationnel des Ressources, le Dossier Médical Partagé, et la Messagerie Sécurisée de Santé et interopérables avec les logiciels métiers des acteurs ;
- La télémédecine doit être déployée plus largement sur le territoire.

**Accompagner les acteurs dans des innovations organisationnelles s'inscrivant dans l'art 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018**

- Accompagner les acteurs désireux de s'engager plus avant dans un renforcement des articulations Hôpital/Domicile/EHPAD, avec l'appui des plateformes, identifier la possibilité de proposer des financements au forfait et à la qualité.

Cette ambition sera soutenue par le plan métiers du grand âge annoncé par la ministre. Dans ce cadre, il convient d'une part d'être attentif à la raréfaction des médecins gériatres, suite à la disparition de la capacité de gériatrie, non compensée par la filière de DES de gériatrie créée en 2017. D'autre part, au caractère dissuasif aujourd'hui de la formation des IDE de pratiques avancées, acteurs de premier ordre dans l'évolution des dispositifs parcours : master de 2 ans, obligeant l'IDE à s'arrêter de travailler. Des formations en alternance seraient à promouvoir.

Au total, le programme PAERPA est précurseur des transformations des organisations et des pratiques professionnelles au regard d'une logique de parcours de santé qui conduit à mettre un terme aux réponses en silos. Le lancement réussi d'une feuille de route ambitieuse – brassant à 360° les composantes du parcours, de la prévention aux soins hospitaliers, et des soins de ville à l'accompagnement social et médicosocial – engage à soutenir et accompagner l'ensemble des acteurs dans cette transformation.



# 1. L'expérimentation PAERPA dans le département du Var

## 1.1. Les objectifs nationaux de l'expérimentation PAERPA

Le programme parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (dit PAERPA) vise à maintenir les personnes âgées de 75 ans et plus, autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges sociales et médicales. Il vise également à renforcer la coordination entre les acteurs en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux.

Trois objectifs sont ainsi poursuivis :

1. Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, en réduisant le recours à l'hospitalisation et la durée des hospitalisations complètes et en améliorant les conditions de prises en charge des personnes âgées hospitalisées ;
2. Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie et éviter les ruptures de parcours par une démarche d'anticipation ;
3. Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

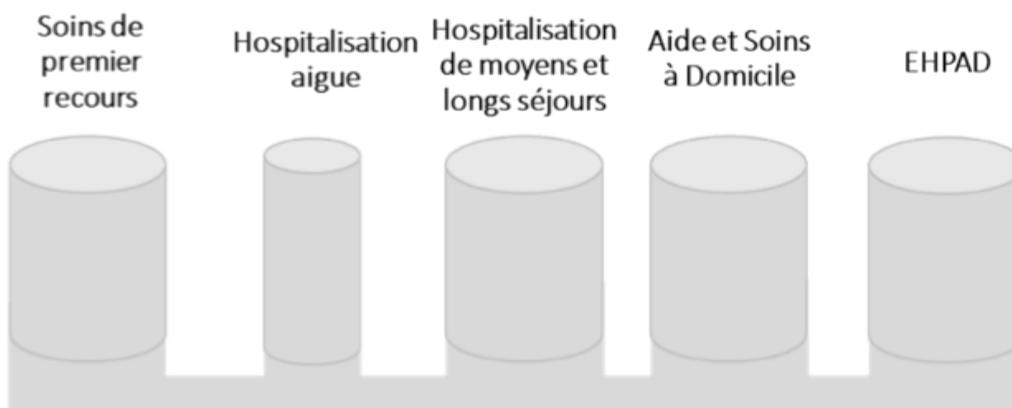
Ce programme représente d'une part, un véritable défi dans la mesure où il demande une **grande transversalité, notamment pour les acteurs de santé et leurs modes d'exercices, dans les territoires**. Il a pour ambition de mettre en place un pilotage et une gouvernance des parcours en orchestrant l'ensemble des acteurs même s'ils ont des intérêts différenciés à agir.

Le programme PAERPA est un dispositif innovant d'autre part, car il développe non pas une approche thématique mais bien une approche, encore peu usitée aujourd'hui, populationnelle – en cela qu'il intègre l'ensemble des acteurs intervenant, à un moment ou un autre, dans le parcours de santé de la personne âgée de 75 ans et plus habitant sur un territoire défini. En effet, l'augmentation des personnes âgées ayant de multiples comorbidités et à risque de perte d'autonomie fonctionnelle ou d'aggravation de leur dépendance conduit à repenser les politiques publiques envers celles-ci.

Ainsi, l'expérimentation se base sur le postulat qu'une redéfinition des acteurs de santé du territoire dans leurs rôles et pratiques devrait conduire à des parcours de soins plus adaptés et à une qualité de vie améliorée pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Non seulement, les parcours de la personne âgée sont complexes mais ils révèlent l'inadaptation de notre système de santé souvent organisé en silos.

Ce dispositif national déployé depuis 2014 sur 9 régions a été étendu en 2016 aux régions dépourvues dont PACA. Depuis septembre 2016, l'expérimentation est menée sur le territoire du Var Est et au regard des premiers résultats encourageants le programme a été déployé en mars 2018 sur le territoire du Var Ouest.

**Le dispositif Paerpa doit permettre une meilleure organisation des soins primaires et une filiarisation vers le 2<sup>ème</sup> niveau de recours de l'hôpital :**



## 1.2. Les objectifs et la méthodologie de ce rapport

Cette expérimentation a été progressivement mise en œuvre dans le département du Var. Il s'agit désormais d'analyser ses impacts, quantitativement et qualitativement, à travers des indicateurs nationaux et régionaux ainsi que via l'auto-analyse de l'activité des différentes structures impliquées dans l'expérimentation (établissements de santé, équipes mobiles...)

L'objectif de ce rapport est de :

- Analyser les **résultats de la mise en œuvre du programme** Parcours de santé des Aînés sur les territoires du Var ;
- **Identifier les conditions d'extension** dans une perspective de généralisation.

Le cabinet Antares Consulting a été retenu par le COS Beauséjour et la Délégation départementale 83 de l'ARS pour réaliser un rapport de capitalisation.

**Ce rapport a été élaboré sur la base des bilans réalisés par l'ensemble des acteurs financés et partenaires, des entretiens et l'analyse de données.**

Un rapport  
réalisé à partir  
des contributions  
des acteurs  
de terrain

En effet, chacune des structures financées a réalisé un bilan de son activité comportant :

- Une analyse qualitative et quantitative argumentée ;
- L'identification des impacts notamment auprès des professionnels de santé libéraux et usagers ;
- L'identification les points forts et des axes d'améliorations ;
- L'identification des recommandations et conditions d'extension dans une perspective de généralisation du programme ;
- Un séminaire de restitution et d'échanges, organisé le mercredi 16 janvier 2019, afin que l'ensemble des référents des structures présentent leur bilan. Ce temps d'échanges co-animé par la DD 83 et le Cabinet Antares consulting a permis aux structures d'enrichir et de challenger leurs analyses.

Enfin, des entretiens avec les partenaires de PAERPA ont été réalisés par le Cabinet Antares Consulting afin de mettre en exergue les apports du programme et les améliorations à apporter dans la pérennisation d'une démarche parcours dans le département du Var.

### 1.2.1 Présentation des deux volets retenus pour l'analyse des impacts de l'expérimentation PAERPA

Dans ce rapport, deux volets ont été retenus afin d'analyser les impacts de l'expérimentation PAERPA dans le département du Var :

- Les impacts pour les usagers : il s'agit de mesurer les effets immédiats des actions mises en œuvre ;
- Les impacts auprès des professionnels : il s'agit d'évaluer les effets de ces mêmes actions sur les pratiques professionnelles, et les potentielles évolutions de celles-ci.

Ces impacts seront appréciés sur les aspects quantitatifs à la date donnée et sur les aspects qualitatifs recueillis lors des entretiens.

### 1.2.2 Présentation des questions évaluatives d'analyse d'impact selon les deux volets

Le premier volet porte sur un **changement des pratiques professionnelles** :

- Les conditions ont-elles été rassemblées pour un environnement favorable à la transversalité et à la coordination des acteurs ?
- Le dispositif a-t-il contribué à améliorer les coopérations entre les secteurs de la santé sur le territoire pour les personnes âgées prises en charge ? En particulier entre prises en charge en ville et établissements de santé ?
- Existe-t-il un travail d'acculturation aux pratiques et enjeux gériatriques à l'hôpital, aux urgences et dans les services ?
- Qu'en est-il des pratiques collaboratives pour les acteurs des soins primaires ?
- Constate-t-on une montée en compétence des professionnels (dans les équipes mobiles, des gestionnaires de cas MAIA, le personnel des EHPADs, etc.) ?

Un second volet analyse l'impact pour les usagers, notamment au niveau de la **non-rupture des parcours** :

- Quel a été le **service rendu aux usagers** ? Quelle **organisation** a été mise en place afin d'**améliorer les prises en charges et éviter les ruptures de prise en charge** ?
- Ces dispositifs ont-ils permis d'**améliorer la qualité de vie des personnes** et de leurs aidants, par exemple en **réduisant le recours à l'hospitalisation et la durée des hospitalisations complètes** ?

### 1.2.3 L'extrapolation des données PMSI pour l'année 2018

Les données obtenues quant aux passages aux urgences n'allant que jusqu'au 30/09/2018, une extrapolation des données a été réalisée pour les mois d'octobre à décembre 2018. Pour cela, le nombre de passages rapporté au nombre de jours relatifs (soit le nombre de jours entre le 1er janvier et le 30 octobre) a été estimé pour ensuite le transposer sur la période manquante, afin d'être aussi fidèle que possible aux tendances annuelles.

Une seconde limite est liée à l'impossibilité de distinguer les patients d'EHPADs dans cette population de 75 ans et plus arrivant aux urgences de chaque Centre Hospitalier – à la fois en termes de nombre de séjours mais également en termes de mode d'entrée en séjours MCO.

### 1.2.4 Un manque de recul sur l'analyse des impacts

Il convient de souligner que cette évaluation s'est basée sur des données limitées dans le temps à savoir 24 mois pour le Var Est et 6 mois pour le Var Ouest. Ainsi, les analyses portant sur les durées moyenne de séjour, le nombre de passage aux urgences pour les personnes âgées, etc. devront être confirmées dans le temps.

## 1.3. La mise en place de l'expérimentation PAERPA dans le Var

### 1.3.1. Le contexte territorial du département du Var

#### a) Le département du Var : une population âgée aux besoins de prise en charge grandissant

Le département du Var comptabilise plus de 122 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 12% de la population du département sur une population totale de 1 28 8947 habitants<sup>1</sup>. La proportion nationale est de 9.2%<sup>2</sup>. Le territoire du Var Est compte 39 192 personnes âgées de 75 ans et plus et le territoire Var Ouest 82 963, soit plus du double du Var Est.

A ce constat s'ajoutent les perspectives d'évolution dans le futur : à l'horizon 2040, l'INSEE prévoit une augmentation de 50 % de la classe d'âge des 75 ans et plus et un triplement des 85 ans et plus.

Au-delà de la simple part de personnes âgées, peut également être relevé le tau élevé d'indice de vieillissement<sup>3</sup> : 87.2 pour le territoire de Brignoles, 120.7 pour Toulon et 125.9 pour Draguignan contre 115.6 au niveau du département et 76 en France.

La population âgée possède un certain nombre de caractéristiques spécifiques, notamment en termes de précarité et d'isolement social. Dans le département 39% des personnes âgées vivent seules et 4% des personnes âgées sont au minimum vieillesse, versus 5% au niveau régional et 2,8% au niveau national.



En termes d'état de santé, les affections longues durées (ALDs) - affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse - connaissent une prévalence variée sur le département. En effet, si dans le Var Ouest, 13.6% des PA (+ 60 ans) au régime général bénéficient d'une ALD, dans le Var Est la proportion est de 58.3%, contre 61% au niveau de la région PACA.

Enfin en termes de dépendance des personnes âgées, les niveaux de dépendances sont relativement similaires sur le département. 7% des 60 ans et plus, dépendantes (soit en GIR 1 à 4) du Var Est bénéficient de l'APAD (Aide et Présence à Domicile) et de l'APAE (Allocation personnalisée d'autonomie en établissement) et 9.3% sur le Var Ouest.

Le renforcement de ces facteurs suppose une prise en charge renforcée et adaptée pour cette population : c'est donc bien cet enjeu auquel le programme PAERPA cherche à répondre.

<sup>1</sup>Source : Insee RP 2014

<sup>2</sup>Source : Observatoire des territoires, 2015

<sup>3</sup>Rapport de la population 65 ans et + sur celle des moins de 20 ans ; Observatoire des territoires, 2015

## b) La démarche parcours de santé des Aînés dans le Var : une offre variée

En réponse aux caractéristiques de cette population et à ses besoins en termes de santé, le département du Var, au travers de ses deux territoires (Var Ouest et Var Est), propose des **offres de prises en charge variées**, dans une volonté de **réponse graduée aux besoins de santé**, hors de l'hôpital. En ce sens, l'offre de soins sanitaire et médico-sociale est tout à fait structurée, avec un grand nombre de professionnels libéraux de 1er recours correspondant à une démographie libérale plus favorable en moyenne qu'au niveau national mais répartie de façon inhomogène dans le département et marquée par une pyramide des âges très défavorable pour les médecins.

Tableau 1 – Densité des professionnels de santé libéraux et pharmacie dans le Var, 2014-2017<sup>4</sup>

	Var Est	Var Ouest	PACA
Densité de médecins généralistes	95	109.1	<b>108.8</b>
Densité de pharmacie et officine libérale	37	40.2	<b>40.1</b>
Densité d'infirmiers libéraux	389	290.7	<b>249.6</b>
Densité de masseurs-kinésithérapeutes	193	156.6	-

Carte 1 - Densité des médecins généralistes libéraux dans le département du Var par Bassin de vie



Une densité départementale de médecins généralistes supérieure à la densité nationale mais hétérogène entre la frange littorale sur dotée et l'arrière-pays moins doté

**La densité totale des médecins généralistes dans le Var est de 106 contre 83.9 au niveau national.**

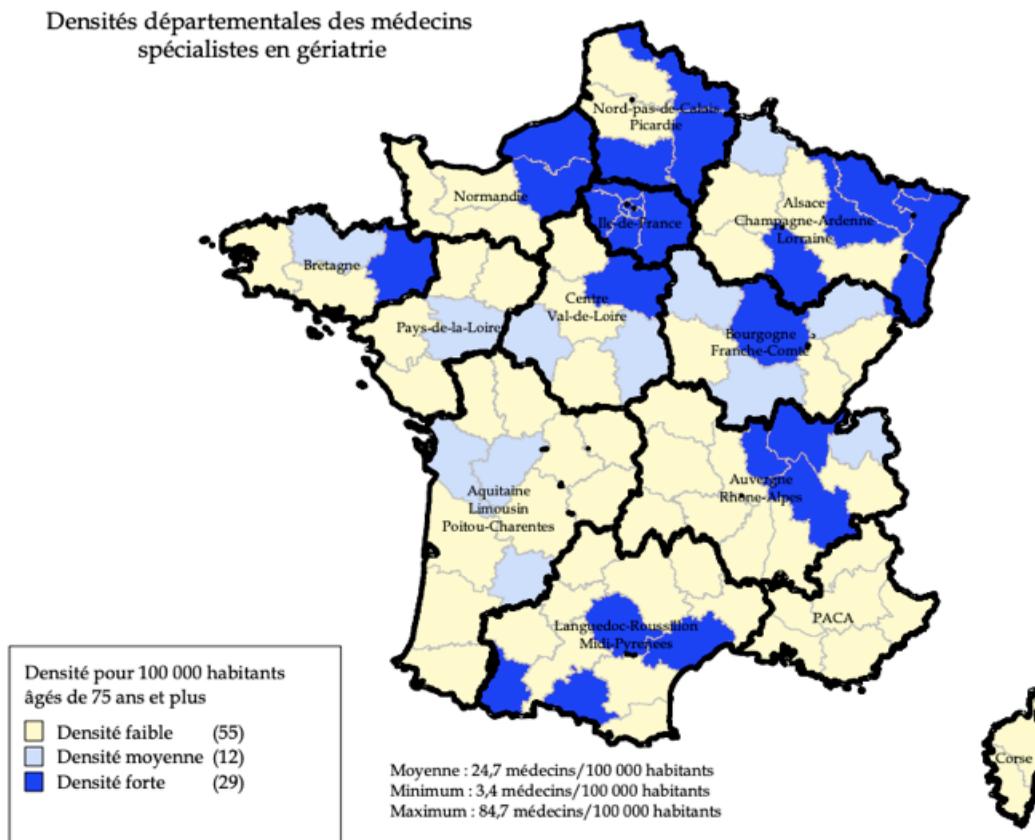
En parallèle, les deux territoires se structurent dans une optique d'exercice coordonné. Ainsi, on dénombre dans le département 4 structures d'exercices coordonnés opérationnelles, deux dans chaque territoire :

- Dans le Var Est : la CPTS du Golfe et la MSP de Comps sur Artuby (à noter que deux autres MSP sont labellisées et en cours de construction)
- Dans le Var Ouest : la MSP de Tourves et la MSP de La Seyne (à noter encore une fois que deux autres MSP sont labellisées et en cours de construction et qu'une CPTS est en projet)

<sup>4</sup> Source : ARS PACA/DRSM PACA Corse

Au cœur de la prise en charge spécifique et adaptée des personnes âgées se situe également le métier de gériatre. Une profession à la densité variable selon les zones géographiques. Ainsi, en 2016, si la densité moyenne nationale est de 26,7 gériatres pour 100 000 adultes de 75 ans ou plus, cette densité tombe à 14,9 pour la région PACA et à 17,2 pour le département de Var, soit une différence de près de 10 points avec le national.

La création en 2017 du DES de gériatrie s'accompagne d'une disparition de la capacité de gériatrie, source de tension à venir pour cette profession.



Carte 2 - Densités départementales des médecins spécialistes en gériatrie, 2016

<sup>5</sup> Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2016

## 1.3.2. Une gouvernance simplifiée et lisible pour soutenir l'expérimentation

Dans une optique de **gouvernance simplifiée et lisible pour tous**, programme Parcours de santé des Aînés est co-piloté par l'ARS et le Conseil Départemental et articulé avec les soins de proximité.

### a) Une gouvernance stratégique structurée et harmonisée au niveau départemental et régional

Le programme PAERPA dans le Var a été construit par l'ARS et plus particulièrement sa délégation départementale du Var, sur la base d'un co-pilotage ARS- conseil départemental du Var, avec l'association des principaux partenaires institutionnels. Celle-ci a été actée dans une lettre d'engagement, en date du 21 novembre 2016, signée par le conseil départemental du Var, l'URPS des médecins libéraux, URPS des pharmaciens, URPS des IDE libéraux, l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes, la CARSAT, la CPAM du Var et le service médical de la CNAMTS.

Un **comité stratégique départemental parcours des aînés**, présidé par l'ARS et co-présidé par le Conseil Départemental du Var a été instauré en décembre 2016, d'emblée au niveau de l'ensemble du Var, notwithstanding le caractère initialement limité au Var Est du Paerpa. Associant les URPS médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens, la CPAM, la CARSAT, les représentants des fédérations d'établissements et services, ainsi que les autres institutions et professionnels impliqués dans le parcours des personnes âgées. Cette instance décisionnelle a été articulée avec la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA).

Ce choix départemental initial a été conforté par l'extension du PAERPA au Var-Ouest en mars 2018.

Cette gouvernance initiale a été adaptée suite à la création courant 2017 par la direction générale de l'ARS d'une nouvelle direction métier au siège de l'ARS, la Direction des Soins de Proximité (DSDP) dans le cadre du plan national d'égal accès aux soins et dans une logique de convergence des dispositifs de coordination cette direction comporte deux principaux pôles, un service du 1er recours (concentré sur les soins en ambulatoire) et une mission dédiée aux services d'appui à la coordination des parcours complexes (mission SACO).

Cette évolution a conduit la délégation à modifier la gouvernance départementale, l'objectif étant d'assurer le maintien d'une dynamique départementale parcours personnes âgées, co-pilotée par l'ARS et le Conseil départemental (CD) et de l'inscrire au sein de la gouvernance des soins de proximité, en harmonie avec le niveau régional.

La gouvernance actuelle est la suivante :

Au niveau régional – 3 instances assurent la cohérence avec la politique régionale :

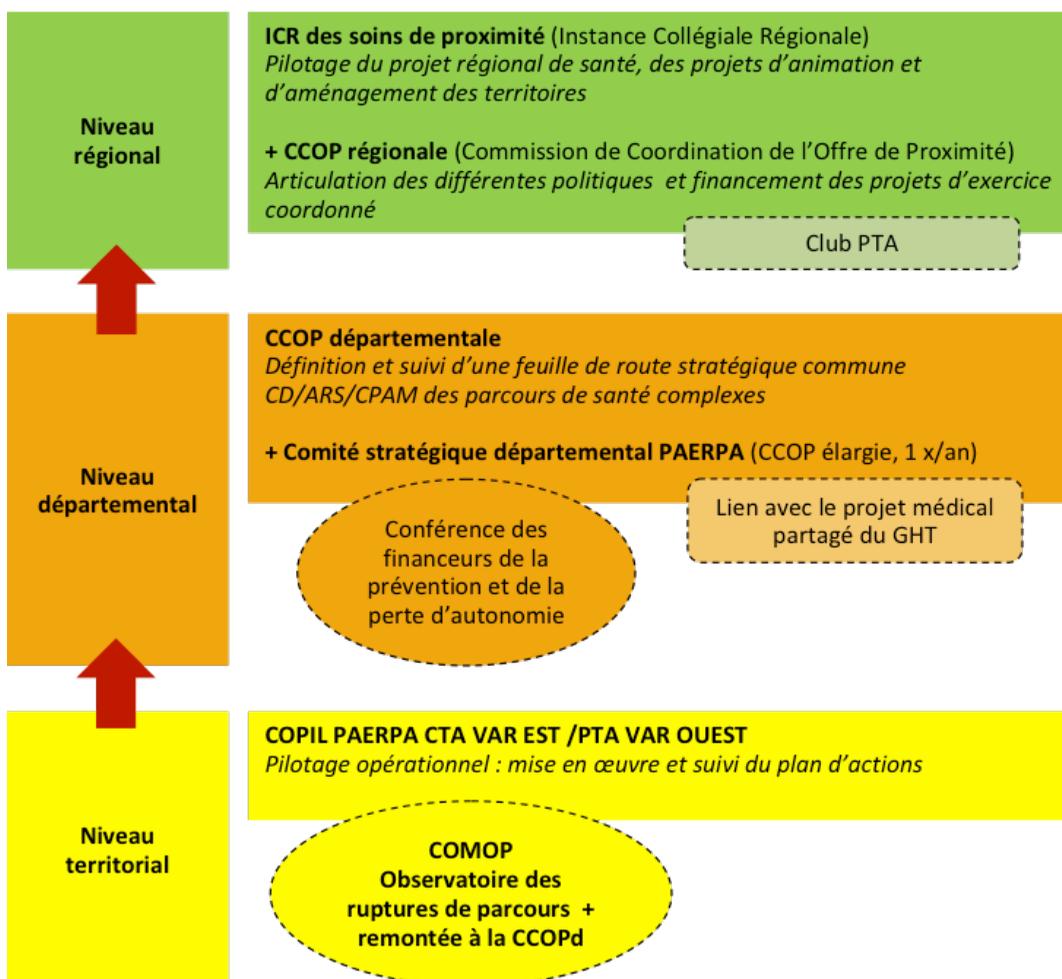
- **L'Instance Collégiale Régionale (ICR)** des soins de proximité précise les orientations nationales et régionales de la politique de santé. Créée pour élaborer le volet soins de proximité du PRS 2018-2023, l'ICR travaille à sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation, dans le cadre du plan national d'accès aux soins et des mesures « Ma santé 2022 ». Elle est pilotée par l'ARS et les membres sont le conseil régional, l'Assurance Maladie, les 10 URPS, le Conseil régional de l'ordre des médecins, les fédérations hospitalières et médico-sociales, des représentants des acteurs de la coordination (PTA, Maia, réseaux, HAD...), des structures d'exercice coordonné, des acteurs médico-sociaux et sociaux de terrain, des représentants d'usagers.
- **La Commission de Coordination de l'Offre de Proximité Régionale (CCOPr)** a pour objectif de coordonner les différentes politiques publiques dans le champ de l'offre de proximité, synchroniser les financements et l'accompagnement autour des projets d'exercice coordonné. Cette instance est co-présidée par l'ARS, le conseil régional, le préfet de région et l'URPS ML et rassemble les URPS, la CPAM, Conseil Régional, Préfecture et le Conseil régional de l'ordre des médecins.
- Dans un périmètre plus restreint, **le Club PTA** permet de partager et d'harmoniser les pratiques entre les PTA de la région PACA. Il est co-piloté par la mission SACO et l'URPS ML, avec la présence de l'URPS IDEL, autres URPS et les PTA du territoire.

Au niveau départemental :

- **La Commission de Coordination de l'Offre de Proximité (CCOPd) départementale** est l'instance départementale relative aux parcours (tous publics), à la coordination et aux soins de proximité. Ses objectifs sont d'élaborer une feuille de route institutionnelle commune ARS/CD/CPAM/URPS/CDOM pour agir sur les points de rupture de parcours et d'identifier et suivre les projets d'exercice coordonné. Elle associe, sous la présidence de l'ARS, le CD, la CPAM, l'URPS ML, le conseil régional, la préfecture, l'association des maires, le CDOM, le CTS. Les PTA peuvent y être associés pour la partie relative aux dispositifs d'appui à la coordination.
- **Le Comité stratégique départemental Parcours des Aînés** est articulé avec la CCOPd (CCOPd en format élargi) ainsi qu'avec la conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie des personnes âgées et en lien avec le projet médical partagé du GHT Varois.

### Un copilotage stratégique ARS-CD articulé avec le pilotage de l'offre de proximité :

Figure 1 : Les instances de pilotage et de coordination des parcours en PACA



La convergence des dispositifs de coordination et la démarche de transversalité mise en place par la DSDP et sa mission SACO (services d'appui à la coordination) ont conforté le PAERPA et son articulation avec la politique régionale, tout en permettant la propagation de la démarche et de certains outils PAERPA aux différents territoires de la région. La délégation départementale souligne le soutien essentiel et constant de la direction générale de l'ARS et des différentes directions métiers de l'ARS impliquées, direction des soins de proximité, direction de l'offre médico-sociale, direction de l'offre de soins, direction des politiques régionales de santé, direction des systèmes d'information. Ce soutien a permis la réussite du projet varois.

## b) Une gouvernance opérationnelle : portée par la CTA et la PTA, avec un appui clé de la DD83

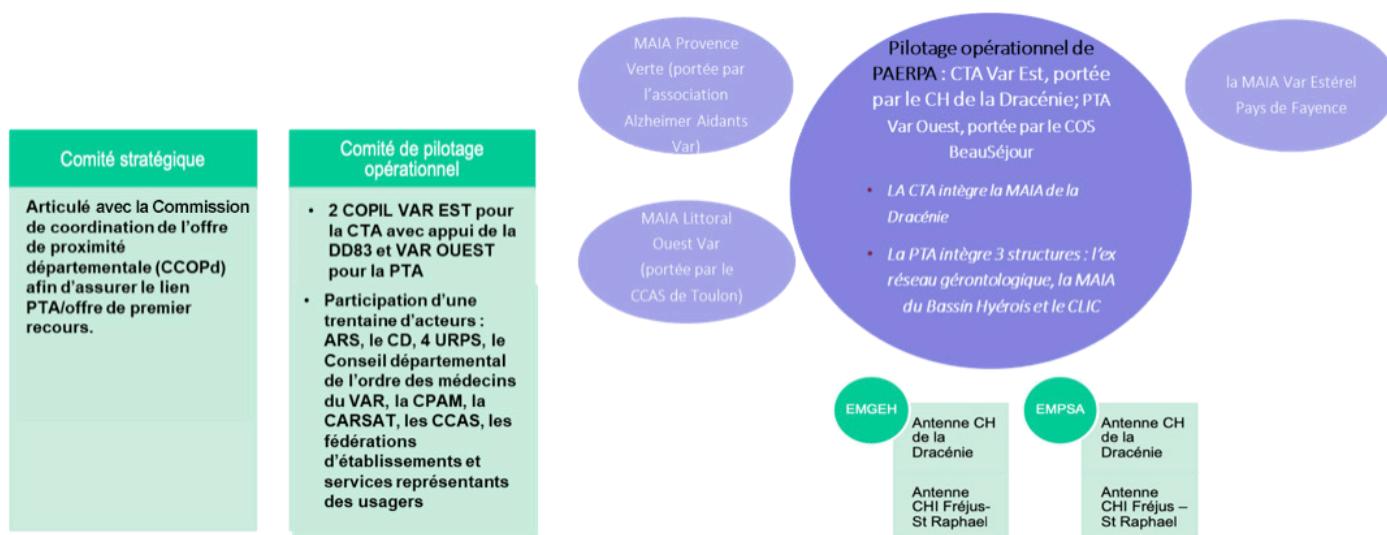
**Les Comités de pilotage (COPIL) PTA VAR OUEST et CTA VAR EST** sont les instances de pilotage qui rassemblent l'ensemble des partenaires et utilisateurs. Dans le Var Est, il est piloté par la CTA, dans le Var Ouest par la PTA et réunit la DD ainsi qu'une trentaine d'acteurs 4 fois par an : à savoir, l'ARS, le CD, les 4 URPS, le conseil départemental de l'ordre des médecins du Var, la CPAM, la CARSAT, les CCAS, les fédérations d'établissements et services et les représentants des usagers, MSP, Hôpitaux et EMG et EMGP, SSIAD, association IDEL, HAD, EHPAD, SAAD... Le comité rend compte de l'activité aux partenaires utilisateurs et définit collectivement les axes de travail ; il met en lumière les projets de territoire menés par des partenaires (MSP, CPTS, protocoles ville hôpital, nouvel outil, évènements à venir...) afin de favoriser la dynamique territoriale.

**Un Co-pilotage stratégique ARS -CD**

**Un co-pilotage local porté par la PTA et la CTA nécessitant encore un fort appui de la DD83**

**Le Comité opérationnel (COMOP), mis en place par la CTA**, analyse les ruptures de parcours avec les partenaires concernés (présentation et résolution de chemins cliniques). Le COMOP formule des propositions d'adaptation des pratiques. Il n'est pas encore mis en place par la PTA.

Figure 2 - Le pilotage opérationnel du programme PAERPA

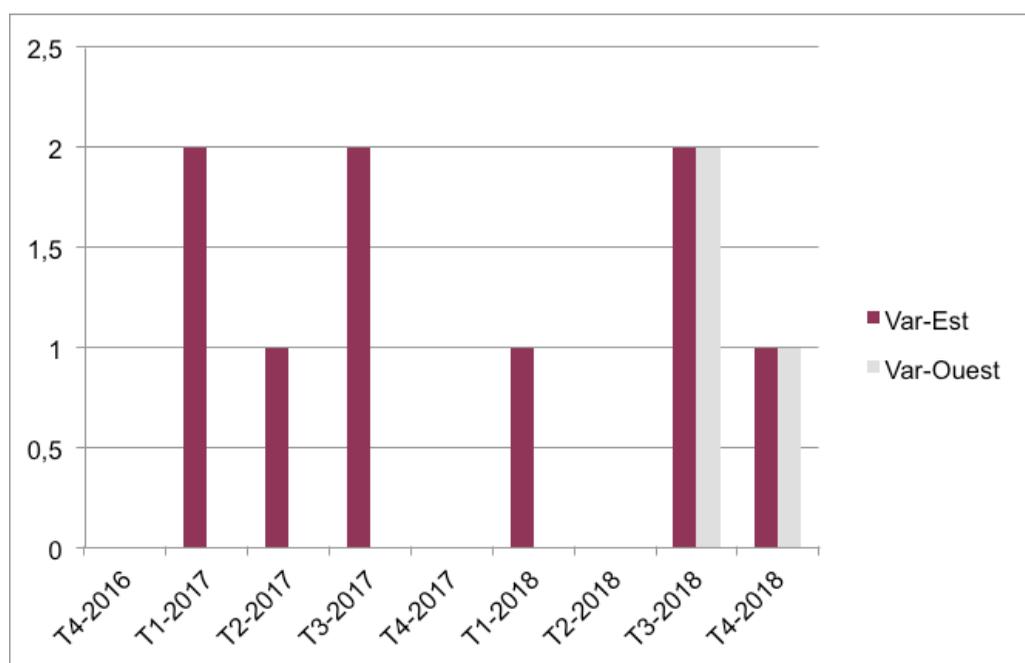


### • La participation des professionnels aux instances de gouvernance

Dans le Var Est depuis septembre 2016, 9 COFIL ont été organisés, rassemblant au total plus de 300 professionnels (30 participants en moyenne par COFIL). Dans le Var Ouest depuis mars 2018, 5 COFIL ont été organisés rassemblant plus de 160 professionnels au total.

De plus, un comité stratégique départemental (COSTRAT) s'est réuni 2 fois rassemblant une cinquantaine de participants.

Graphique 1 - Nombre d'instances de gouvernance par trimestre sur le Var Est et Var Ouest pour les années 2017 et 2018



Un colloque départemental Parcours de santé des Aînés du Var, organisé par la DD et la CTA Var Est, a réuni 400 professionnels du Var en avril 2018.

### 1.3.3. Les étapes clés du déploiement du programme

La démarche PAERPA a été initiée dans un 1er temps sur le Var Est en septembre 2016 et, au regard des résultats positifs, étendue au Var Ouest en juillet 2018.

Figure 3 : La démarche PAERPA et ses grandes étapes dans le département du VAR



### 1.3.4. Des feuilles de route ambitieuses et un positionnement fort par rapport aux territoires de la deuxième vague

Si le département du Var a connu une entrée tardive dans l'expérimentation PAERPA, le positionnement du territoire est cependant fort au plan national, avec tout d'abord une feuille de route ambitieuse, évolutive, autour de 7 axes principaux, déclinés en une quarantaine d'actions :

- Axe 1 : Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours ;
- Axe 2 : Renforcer et sécuriser le maintien à domicile ;
- Axe 3 : Faciliter l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées par le soutien aux professionnels ;
- Axe 4 : Réduire les hospitalisations évitables et améliorer l'interface ville-hôpital ;
- Axe 5 : Doter les professionnels d'un système d'information adapté ;
- Axe 6 : Mobiliser les acteurs du territoire.

Un nouvel axe a été ajouté dans le cadre de la convergence des dispositifs et des nouvelles missions des pilotes MAIA :

- Axe 7 : Consolider l'intégration des différents services au sein de la PTA

Cette feuille de route, élaborée avec l'ensemble des acteurs, a été en grande majorité mise en œuvre dans le Var Est, démontrant la forte motivation de l'ensemble des professionnels.

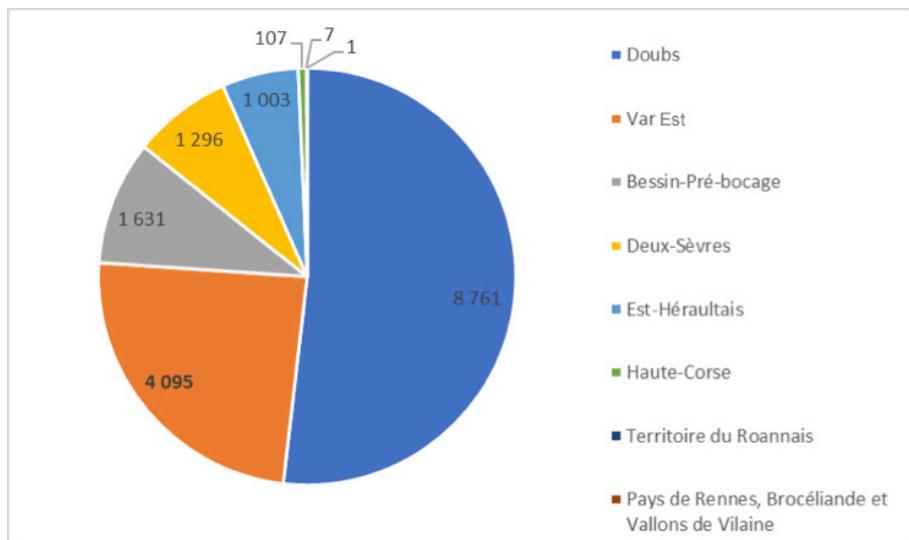
L'avancement est moins important dans le Var Ouest, cela s'expliquant par une entrée dans l'expérimentation plus tardive, en juillet 2018.

**Un positionnement globalement FORT via la mise en œuvre d'une feuille de route ambitieuse**

Thématiques liées à la feuille de route	Point d'avancement de PAERPA dans le Var Est	Point d'avancement de PAERPA dans le Var Ouest
CTA/PTA	90% <span style="color: green;">●</span>	70% <span style="color: green;">●</span>
PPS	60% <span style="color: orange;">●</span>	60% <span style="color: orange;">●</span>
Système d'information	20% <span style="color: red;">●</span>	20% <span style="color: red;">●</span>
Prises en charge spécifiques	80% <span style="color: green;">●</span>	50% <span style="color: green;">●</span>
Communication	70% <span style="color: green;">●</span>	40% <span style="color: orange;">●</span>
Mise en œuvre du projet	80% <span style="color: green;">●</span>	50% <span style="color: green;">●</span>

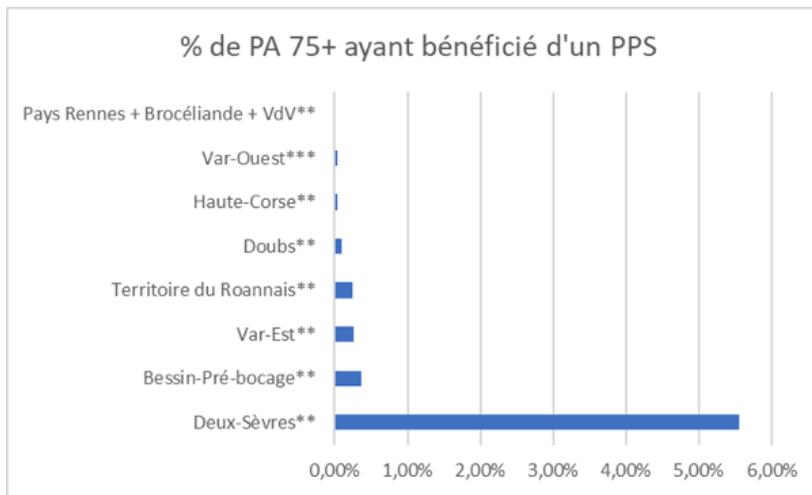
88% des actions de la feuille de route initiale ont été mises en œuvre en 2 ans

Un bilan positif au vu de la date tardive de démarrage de l'expérimentation



**Le territoire du Var Est se situe en 2ème position parmi les territoires de la vague 2 concernant le nombre de sollicitations des CTA/PTA par les professionnels de santé.**

Graphique 2 - Nombre de sollicitations des CTA/PTA par les professionnels pour les territoires de la 2ème vague d'expérimentation PAERPA (Données issues de la plateforme ANAP au 23/11/2018, déclarées par les territoires jusqu'au 3ème trimestre 2018)



**Le Var Est se situe en 3ème position (0.26%) en terme de personnes âgées ayant bénéficié d'un PPS.**

*Graphique 3 - Pourcentage des personnes âgées ayant bénéficié d'un PPS pour les territoires PAERPA de 2ème vague, inclus depuis 2016 (Données ANAP au 23/11/2018, déclarées par les territoires jusqu'au 3ème trimestre 2018)*



## 2. Les dispositifs mis en place dans le cadre de l'expérimentation PAERPA

Dans le cadre de la feuille de route PAERPA, de nombreux dispositifs ont été créés – démontrant encore une fois une dynamique forte des acteurs – avec l'appui de la Délégation Départementale du VAR (DD83).

Ce chapitre a pour objectif de présenter un aperçu de l'ensemble de ces dispositifs, leurs missions, leur activité, leurs atouts et les axes d'amélioration.

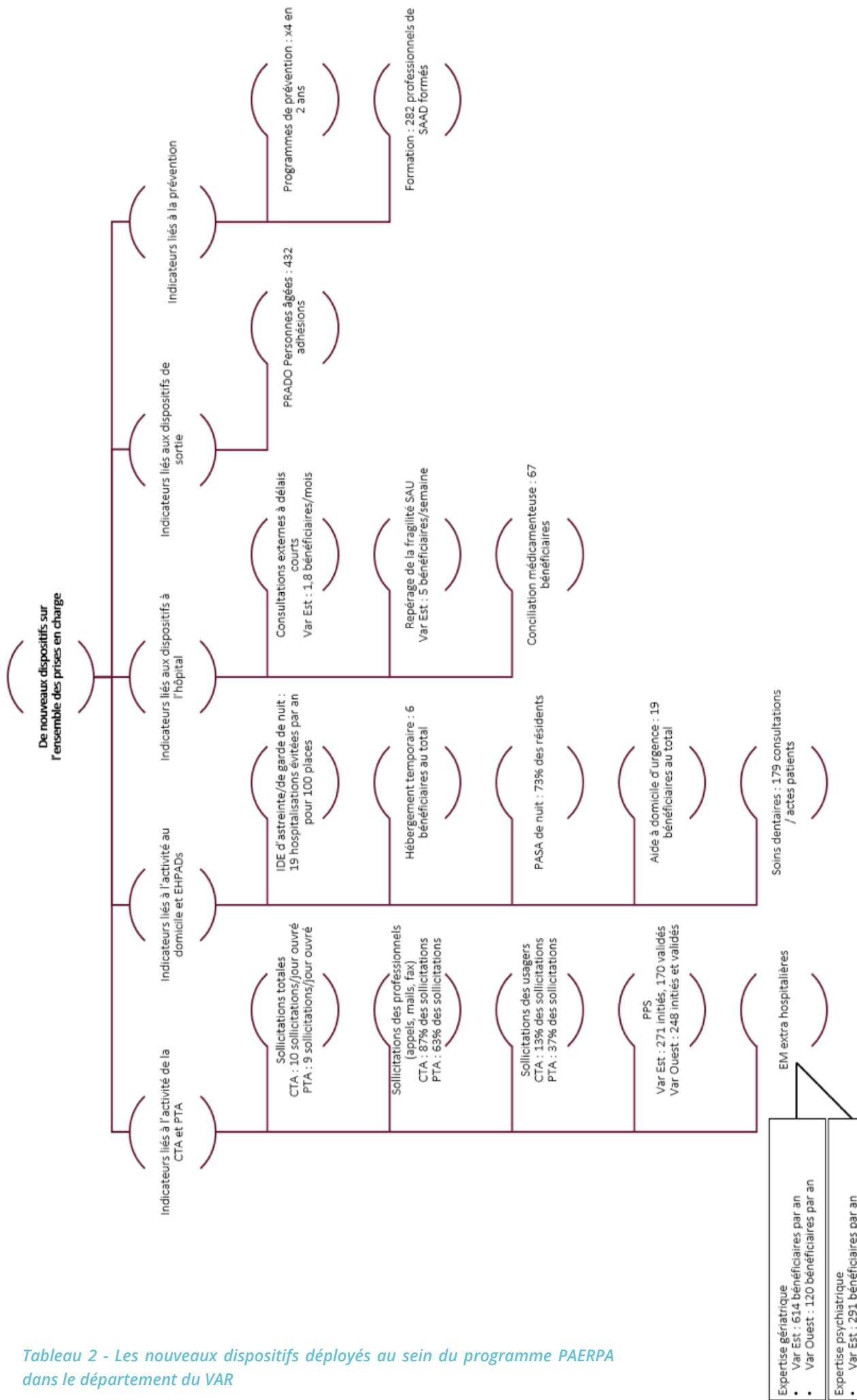


Tableau 2 - Les nouveaux dispositifs déployés au sein du programme PAERPA dans le département du VAR

## 2.1. Les dispositifs de coordination entre les professionnels

### 2.1.1. Les plateformes d'appui aux professionnels

#### a) La Coordination Territoriale des Aînés du Var Est : une ressource clé pour les professionnels de santé libéraux

La Coordination territoriale des Aînés (CTA) est portée par le CH de la Dracénie, intègre la MAIA de la Dracénie – Golfe de Saint Tropez (locaux, pilote) et est articulée à la MAIA Var Estérel-Pays de Fayence (portée par l'établissement de santé Jean Lachenaud). Elle a ouvert le 9 mai 2017 grâce à une filière gériatrique établie depuis une dizaine d'années, avec la création d'une MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) en septembre 2013 sur le Var-Estérel et en novembre 2015 sur la Dracénie- Golfe de Saint Tropez. La CTA est une équipe pluri professionnelle offrant des services d'information, de coordination et d'appui aux professionnels (de ville, sanitaire, médico-social et social) pour leurs patients âgés de 60 ans et plus. Elle intervient sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants et soutient les professionnels de proximité. Elle s'appuie sur les dispositifs existants (CLIC, CCAS, équipes du CD, caisses de retraites, Centres hospitaliers...).

La CTA a 4 missions principales :

1. Informer, conseiller et orienter les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire ;
2. Activer les expertises et prestations sanitaires, médicosociales et sociales ;
3. Accompagner les professionnels de la CCP (Coordination Clinique de Proximité) et en particulier les médecins traitants – notamment les aider à l'élaboration des PPS ;
4. Observer et faire remonter les événements de rupture de parcours.

La CTA s'appuie sur une offre de services variés.

# Offre de services de la CTA

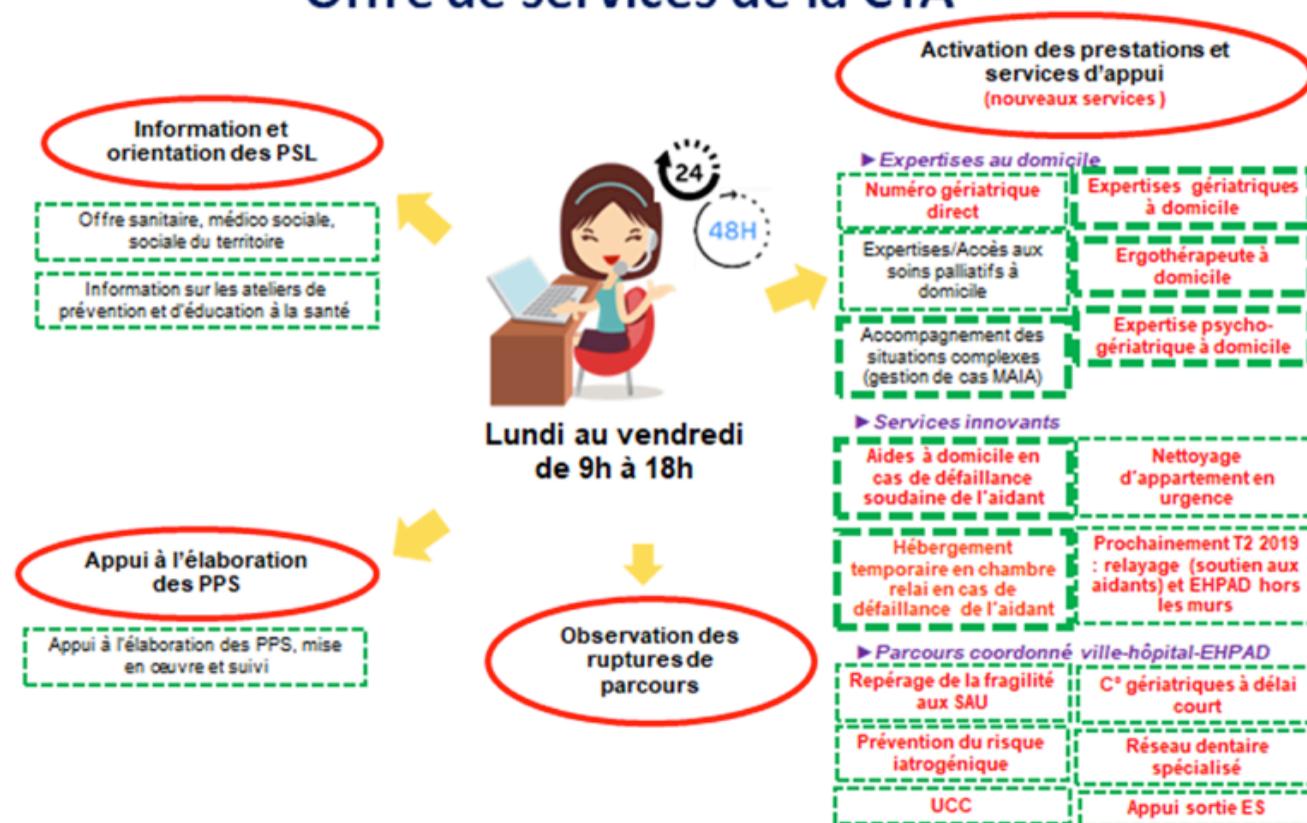


Figure 4 - Offre de services de la CTA

En termes de ressources humaines, la CTA possède 8.8 ETP, 0.8 ETP d'effectifs médicaux, 8 ETPS d'effectifs non médicaux dont un chargé de mission. 5 ETP sont dédiés à la coordination, 2.8 ETP au pilotage et 1 ETP au secrétariat.

L'enveloppe budgétaire (FIR PAERPA national et régional) attribuée était de 380 000 euros en 2017 et de 428 000 euros en 2018. En 2019, le budget prévisionnel est de 426 000 euros.

Entre le mai 2017 et décembre 2018, la CTA a reçu 4 416 sollicitations (une sollicitation correspondant à tous les appels, mails et faxes que reçoit la CTA), soit en moyenne 10 sollicitations par jour (**4 416 sollicitations** / 86 semaines / 5 jours ouvrés) dont 87% issus des professionnels (11% des sollicitations proviennent des médecins généralistes) et 13% des usagers/entourage. Ces sollicitations doivent également être valorisées par leurs implications. En effet, il n'y a pas moins de 5 acteurs à contacter pour une seule sollicitation. Par ailleurs, une prise en charge avec coordination dure environ 12 à 48 jours par personne âgée lorsqu'il y a de la coordination, ce qui traduit un investissement important des équipes pour chaque sollicitation. D'autre part, en ce premier trimestre 2019, la CTA est actuellement à 19 sollicitations par jour, démontrant par ailleurs une croissance notable des sollicitations dans le temps.

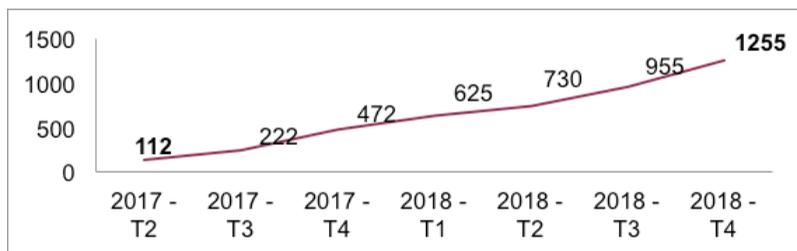
**La CTA Var Est reçoit en moyenne 10 sollicitations et coordonne 3 situations complexes par jour**

<sup>6</sup> NB : la gestion d'une situation d'un patient peut faire l'objet de plusieurs sollicitations à la CTA

Les sollicitations de la CTA restent encore majoritairement de provenance hospitalière, néanmoins on relève sur les deux derniers mois une augmentation des sollicitations de la ville dans le secteur libéral (la CCP) et le secteur social (services sociaux).

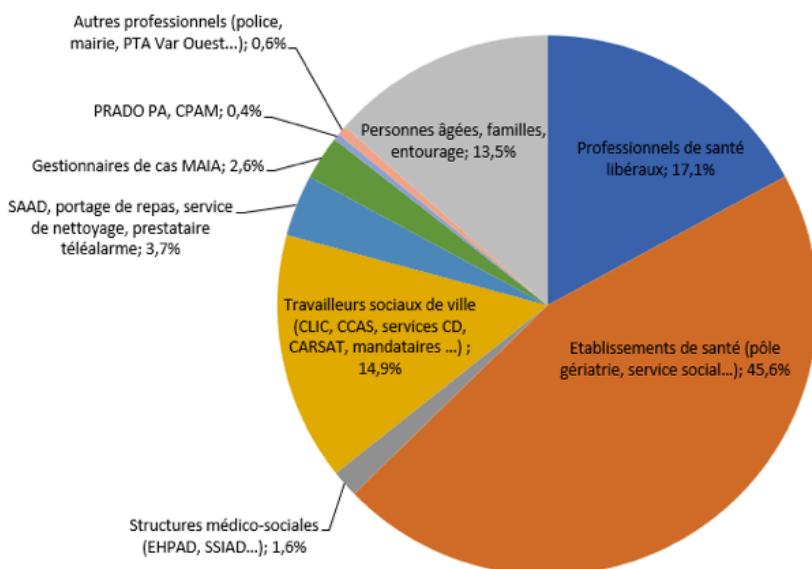
Il convient de souligner la croissance de ces sollicitations dans le temps:

Graphique 4 - Evolution du nombre de sollicitations à la CTA par trimestre entre T2 2017 et T4 2018 (plateforme ANAP)



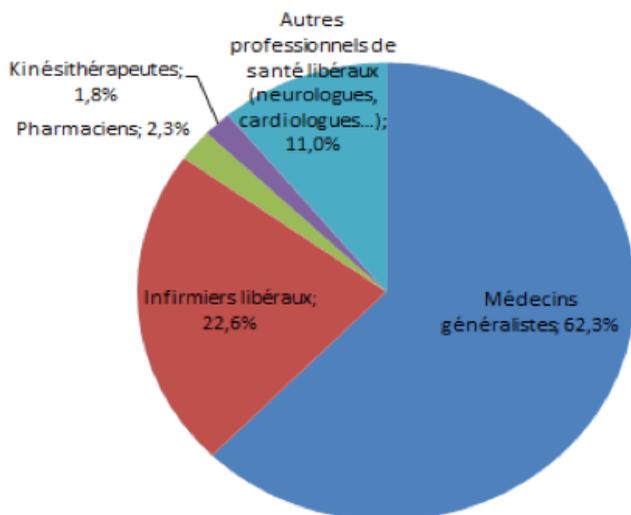
**Le nombre de sollicitations des professionnels envers la CTA est en constante augmentation**

Graphique 5 - Répartition des sollicitations de la CTA VAR-EST de mai 2017 à décembre 2018 (source : tableau d'activité CTA Var Est)

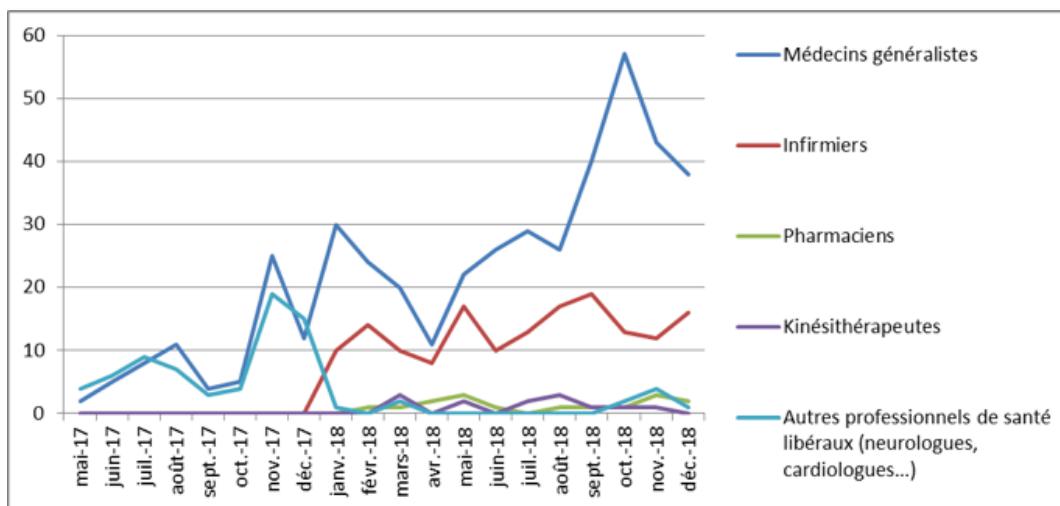


87% des sollicitations sont issues des professionnels, dont 47% des établissements de santé (pôle gériatrie, service social...), 17% des professionnels de santé libéraux (11% des sollicitations de MG et 4% des IDEL) et 17% des structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD...). 13% des sollicitations proviennent des usagers et de leur entourage.

Graphique 6 - Focus sur les sollicitations des professionnels de santé libéraux



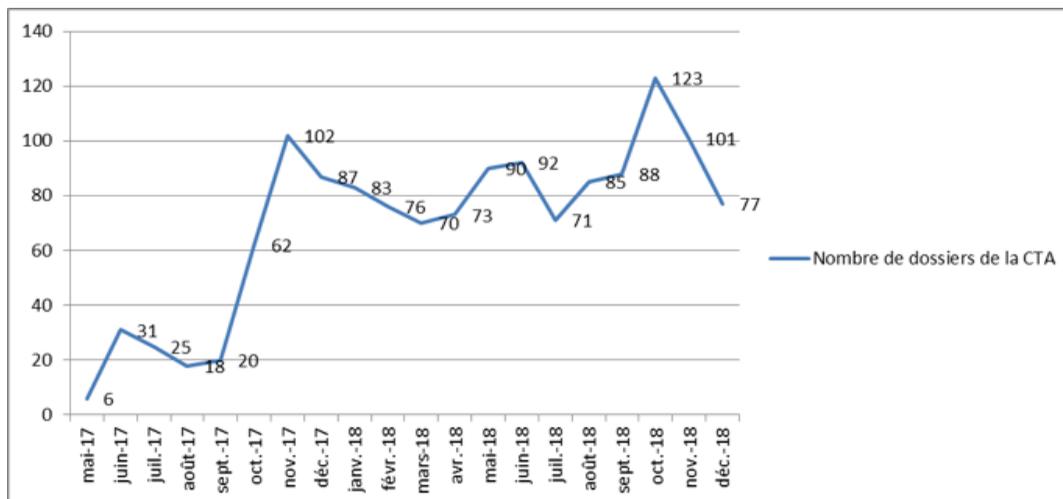
Graphique 7 - Evolution du nombre de sollicitations mensuelles des professionnels de santé libéraux de mai 2017 à décembre 2018



Il est intéressant de relever que parmi situations traitées par la CTA, près de 200 sont liées à l'activité de gestion de cas.

La gestion de cas MAIA constitue un service d'appui axé sur l'accompagnement intensif et au long cours de personnes âgées de 60 ans et plus en situation de grande complexité (problèmes de santé, difficulté à gérer ses besoins ou à faire appel aux aides nécessaires dans un contexte de situation de maintien au domicile fragilisée). Elle vient en soutien des intervenants de proximité. Ce service, composé de 2 antennes Dracénie golfe de Saint Tropez et Var Estérel, couvre l'ensemble du territoire Var Est. Le gestionnaire de cas est un professionnel dont l'action est dédiée à la coordination des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe. Avec une connaissance de l'ensemble des aspects à traiter, il fait le lien entre tous les intervenants en devenant l'interlocuteur direct de la personne et de sa famille, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile améliorant ainsi l'accompagnement de la personne. L'orientation en gestion de cas se fait par les professionnels intervenant auprès de la personne sur la base de critères d'orientation définis dans le cadre des dispositifs MAIA.

Graphique 8 - Evolution du nombre de dossiers mensuels de la CTA de mai 2017 à décembre 2018

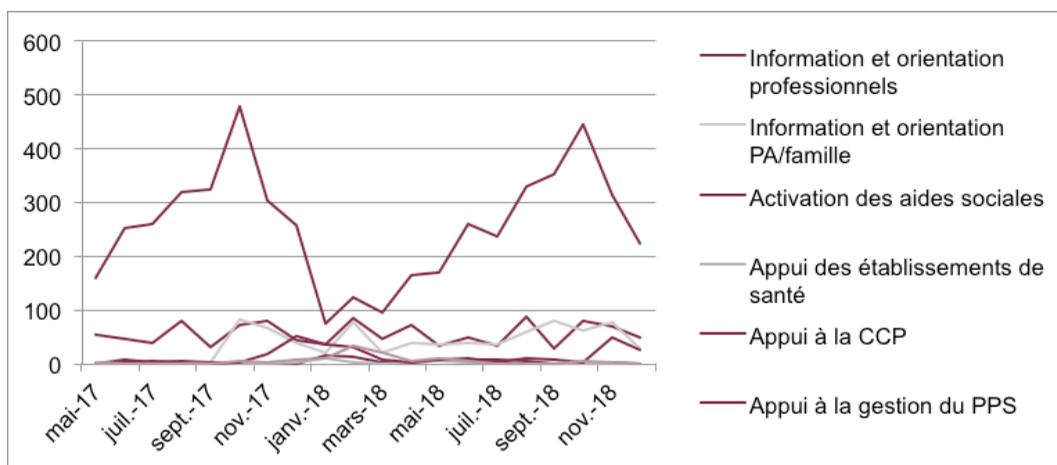


Au total, 1 379 dossiers ont été créés dans le logiciel de coordination en 20 mois de mai 2017 à décembre 2018, soit 3 nouveaux dossiers par jour ouvré (1 379 PA/86 semaines/5jours ouvrés). Il s’agit de dossier nécessitant une coordination pluriprofessionnelle.

La CTA a réalisé 5 917 interventions en 20 mois, soit 14 interventions par jour et 4,3 interventions par dossier traduisant la complexité des dossiers traités.

En termes de répartition des interventions, 68% des interventions de la CTA concerne de la coordination entre les professionnels et 31% de l’information/orientation des professionnels et usagers.

**La CTA réalise  
14 interventions  
par jour en moyenne**



Graphique 9 - Typologie des interventions mensuelles de la CTA Var Est de mai 2017 à décembre 2018 (source : tableau d’activité de la CTA Var Est)

## **b) La Plateforme Territoriale d'Appui Var Ouest : un service polyvalent pour les professionnels de santé libéraux**

La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est portée par le COS Beauséjour. Elle intègre 4 structures (locaux et pilote), l'ex réseau gérontologique, le réseau de soins palliatifs RIVAGE, la MAIA du Bassin Hyérois et le CLIC et est articulée avec les 2 autres MAIA du territoire, la MAIA Littoral Ouest Var (porté le CCAS de Toulon) et la MAIA Provence Verte (porté par l'association Alzheimer Aidants Var). Elle est labellisée PTA depuis janvier 2017. Originellement pôle de coordination gérontologique, la structure a progressivement évolué avec la mise en place en 2012 de la MAIA du bassin hyérois puis en 2016 avec la CTA.

La PTA s'articule avec les services d'appui existants sur son territoire, et s'organise avec eux pour aboutir à des organisations territoriales lisibles et structurées au service des parcours, et notamment des personnes âgées.

Elle couvre l'ensemble du VAR Ouest depuis septembre 2017, ayant été préalablement centrée sur Hyères et les communes environnantes. La PTA Var Ouest s'est inscrite dans une logique de services d'appui polyvalents, tout en conservant son expertise gériatrique acquise depuis 2015.

La PTA Var Ouest a 3 missions principales :

1. L'information et l'orientation vers les ressources sanitaires sociales et médicosociales ;
2. L'appui à l'organisation et la coordination des parcours complexes; dont l'organisation des admissions en établissements et des sorties ;
3. Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en vue d'une meilleure organisation territoriale des acteurs améliorant les parcours de santé.

Agissant en subsidiarité, elle intervient sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants, et soutient les professionnels de proximité tout en veillant à ne pas s'y substituer ni à les démobiliser, mais au contraire à les positionner au centre du dispositif de coordination.

Il paraît également important de relever, quant à son rôle de soutien aux pratiques et initiatives professionnelles, dans un objectif de meilleure organisation territoriale des acteurs des parcours de santé, que la PTA possède un rôle de veille et d'identification des ruptures de parcours, de recensement des manques et des besoins et de mise en œuvre de travaux partagés. Elle assure, à travers ses fonctions, un rôle décisif dans la structuration des acteurs au niveau territorial. Ainsi, en avril 2018, avec la collaboration étroite des pilotes Maia et de ses équipes de gestionnaires de cas, la PTA Var Ouest a présenté aux acteurs, lors de son premier COPIL, un premier diagnostic de territoire Var Ouest qui a permis de valider une première feuille de route 2018 ambitieuse avec une cinquantaine d'actions.

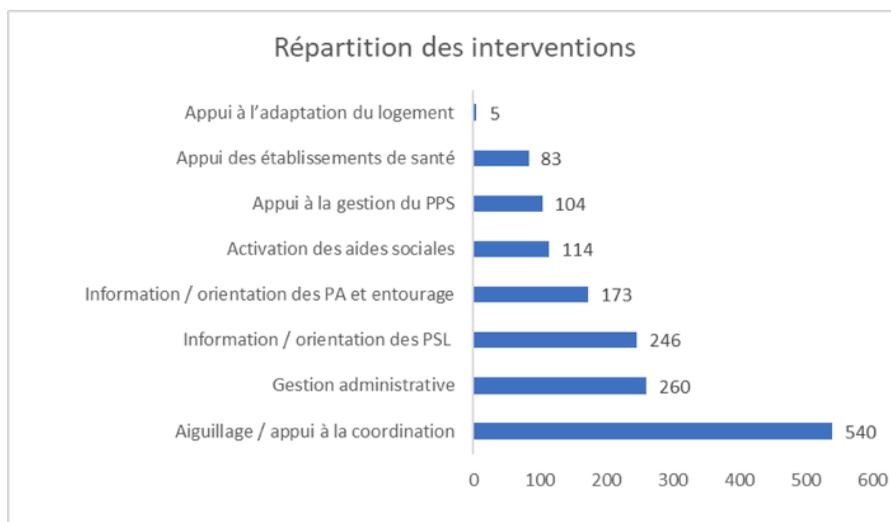
En juillet 2018, la PTA joue un rôle structurant et pivot dans le déploiement du programme PAERPA étendu sur le Var Ouest, qui permet de consolider et approfondir les actions d'amélioration du parcours de santé des aînés.

En termes de ressources, la PTA possède en 2018 7.6 ETP. Le montant supplémentaire au financement préexistant accordé dans le cadre de PAERPA est de 180 000€ en 2018.

En synthèse, entre le 1er janvier 2017 et décembre 2018, la PTA a reçu 4 819 sollicitations (via des appels téléphoniques, des mails, faxes, ou encore via le site internet de la PTA), dont 63% issu des professionnels et 37% des usagers/entourage.

Au total, 1 065 dossiers ont été enregistrés par la PTA Var Est dans le logiciel de coordination en 24 mois de janvier 2017 à décembre 2018. Soit 2 personnes âgées, nécessitant une coordination, prises en charge par la PTA par jours ouvrés (1 065 PA/104 semaines/5jours ouvrés).

La PTA réalise environ 11 interventions par jour, soit 5.4 interventions par dossiers. De janvier 2017 à décembre 2018, sur les 5 727 interventions (1.4 interventions en moyenne par dossier), 30% concernaient l'information et de l'orientation et 70 % la coordination entre les professionnels.



**La PTA reçoit en moyenne 9 sollicitations et coordonne 2 situations complexes par jour**

*Graphique 10 - Répartition des interventions de la PTA VAR OUEST du 1er juillet 2018 au 25 novembre 2018*

Pendant la période allant du 1er janvier 2017 à fin septembre 2018, 334 personnes ont été suivies en gestion de cas. Le taux de couverture (nombre de communes concernées sur le nombre de communes pouvant bénéficier du dispositif) atteint les 69% (56 communes sur 82). Les troubles repérés lors de l'inclusion en gestion de cas sont des problèmes de mémoire (29%), des problèmes de comportement (36%), des problèmes psychoaffectifs (33%) et des problèmes de nutrition (27%). L'équipe intervient pour une première visite à domicile dans les 6.7 jours en moyenne. Suite à l'accompagnement en gestion de cas, 23% des personnes ont une mesure de protection déclenchée ou en cours.

Le nombre de jours total d'accompagnement atteint 151 031 jours soit 446.1 en moyenne par cas. 5 949 visites à domicile ont été effectuées, soit 17.8 visites à domicile en moyenne par situation. 1 591 professionnels ont été impliqués, soit 5.4 par situation.

## Axes forts et axes d'amélioration concernant la CTA et PTA



- Une CTA créée à partir des MAIA du territoire avec l'appui de filières gériatriques hospitalières bien établies sur le Var Est
- Une PTA issue d'un pôle de coordination gérontologique bien implanté depuis plus de 20 ans sur une partie du territoire
- Un engagement fort des filières gériatriques hospitalières
- **Une implication forte de la CTA et PTA se traduisant par une activité importante**
- Une convergence des dispositifs de coordination en région PACA (mission SACO) et l'extension de l'expérimentation PAERPA en mars 2018 pour couvrir l'ensemble du département
- Un fort **soutien des établissements porteurs** de la PTA et de la CTA
- Un **Conseil Départemental investi** dans le Var au niveau du suivi social des personnes ayant l'APA
- De nombreuses **institutions et partenaires investis** dans les réflexions et les projets, notamment les URPS
- **Un soutien important de la Délégation Départementale 83**



- **Nombreux partenaires à investir** eu égard à l'étendue du territoire : HAD/SSIAD
- **Manque d'un système d'information performant**
- **Difficulté de recrutement**
- Cohérence départementale à garantir entre l'Est et l'Ouest
- Analyse et traitement des ruptures de parcours sur le territoire à développer



## 2.1.2. Le Plan Personnalisé de Santé (PPS) et la coordination des acteurs

Le Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA est un document permettant de formaliser les problématiques identifiées, de les prioriser et d'établir un plan d'action. Il implique de partager les objectifs avec le patient et/ou son entourage. Le PPS est l'outil des professionnels libéraux, réunis en coordination clinique de proximité (CCP), élaboré avec le soutien de la PTA et CTA. Il améliore la prévention de la perte d'autonomie et la prise en charge des personnes âgées en permettant un travail formalisé entre les acteurs de proximité. Le PPS, lorsqu'il est initié par la PTA/CTA, fait le plus souvent suite à une évaluation gériatrique réalisée au domicile du patient.

Le PPS a pour objectifs de :

- 1. Remettre au cœur de la coordination les professionnels de premier recours**, en les accompagnant dans la définition et la mise en place des actions.
- 2. Favoriser la coordination et le partage d'information** entre les professionnels.

La coordination clinique de proximité (CCP) est composée d'au moins 2 professionnels : un médecin traitant et 1 ou 2 autres professionnels (IDE, kiné, pharmacien d'officine).

D'un point de vue quantitatif, on dénombre :

- **Sur le territoire Var Est** de mai 2017 à décembre 2018 : 271 PPS initiés, 170 PPS validés par le médecin traitant, dont 60% réalisés par 2 professionnels de santé
  - 75 % des PPS sont composés d'une CCP de 2 professionnels de santé (127)
    - 60% du couple médecin – IDEL (102)
    - 8% du couple médecin – pharmacien (14)
    - 7% du couple médecin – MK (11)
  - 25 % des PPS sont composés d'une CCP de 3 professionnels de santé (127)
    - 22% du trio médecin/IDEL/MK (38)
    - 3% du trio médecin/IDEL/pharmaciens (5)
  - 81% des PPS validés sont réalisés par l'EMGEH ; 15% par la CTA et 4% PPS par des PSL (médecin traitant et IDEL)
  - A décembre 2018, 0.44% de la population âgée du Var Est bénéficie d'un PPS contre 0.26% en septembre 2018 : forte augmentation sur le dernier trimestre 2018. Cela représente 12% de la file active de la CTA.
- **Sur le territoire Var Ouest** de janvier 2017 à décembre :
  - 248 PPS initiés et validés par le médecin traitant, 100% des PPS initiés sont validés par le médecin traitant
  - 96% des PPS sont composés d'une CCP de deux professionnels de santé (239)
    - 93% médecins IDEL (233)
    - 0.1% médecin kiné
    - 0.2% médecin pharmacien
    - 0.2% médecin infirmier kiné
  - 0.3% de la population âgée du Var Ouest a bénéficié d'un PPS. Cela représente 23% de la file active de la PTA.

En termes de patientèle,

- Les patients bénéficiaires du PPS sont majoritairement des femmes, avec un âge moyen de 86 ans. Un effet de rattrapage est relevé.
- 74% des bénéficiaires du PPS dépendent du régime général ; 6% de la MSA ; 5% du RSI.
- Les principales problématiques relevées sont des problèmes de mobilité (82% pour le Var EST et 66% Var OUEST), cognitif (57% pour VO et 62% pour VE) et d'iatrogénie (52% VO et 33% pour VE). Dans le Var EST, 68% des PPS identifiaient également un problème lié à la dénutrition pour 60% des cas une problématique sociale.

---

**0,44% des personnes âgées de 75 ans et plus du Var Est bénéficient d'un PPS validé**

---

---

**33% des médecins généralistes du territoire du Var Est sont impliqués dans un PPS**

---

---

**0,3% des personnes âgées de 75 ans et plus du Var Ouest**

---

Afin de répondre à ces objectifs, les propositions d'actions les plus fréquentes par PPS sont :

- Evaluation sociale, dossier APA, révision de plan d'aide, mise en place d'aide à domicile pour les problèmes sociaux et la perte d'autonomie en général ;
- Evaluation gériatrique au domicile, consultation mémoire, ESA, accueil de jour, sollicitation de la gestion de cas, pour les troubles cognitifs ;
- Préparation du pilulier et/ou distribution du traitement pour le risque iatrogénique ;
- Surveillance du poids, mise en place de portage repas pour les troubles nutritionnels ;
- Adaptation de traitement, mise en place de téléalarme, pour les risques de chute ;
- Sollicitation de l'EMGP et soutien psychologue pour les troubles de l'humeur.

Conçu initialement comme un outil de prévention de la perte d'autonomie, le PPS dans le Var est considéré comme un outil de prise en charge de syndromes gériatriques avérés.

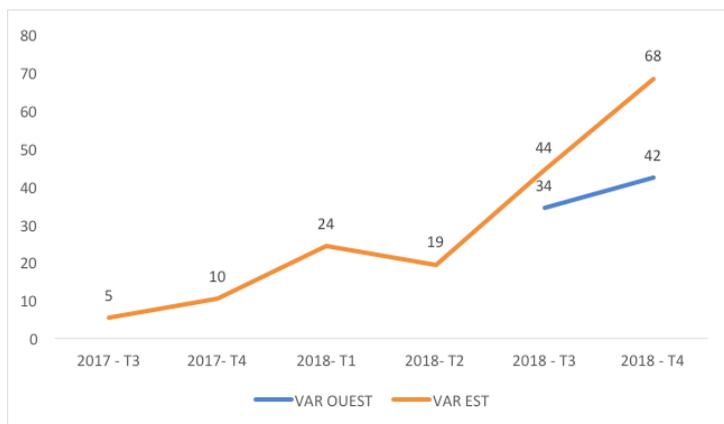
La CTA Var Est a réalisé une enquête rétrospective sur 68 dossiers pris au hasard, soit **30% des PPS validés** entre le 09/05/2017 et le 30/10/2018. Il en ressort que le **PPS est majoritairement à destination des femmes (68%), âgée de 84 ans, orientée par le médecin traitant (25%) ou l'hôpital (25%), habitant Draguignan ou Fréjus, les enfants sont les principaux aidants. Dans 88% des cas l'initiateur effectif est l'EMGEH**. 3 actions sont proposées en moyenne (surveillance du poids, chaussage adapté, pilulier et préparation des traitements par l'IDEL, consultation mémoire, mise en place d'un SAAD...) versus 2,3 au niveau national. 75% de ces actions sont mises en œuvre (la principale raison de la non mise en œuvre est le refus du patient). Enfin, 9% des personnes âgées ayant bénéficié d'un PPS ont été hospitalisé en urgence dans les 6 mois.

Une évaluation qualitative menée auprès des patients et des professionnels dans le cadre de ce rapport a montré que 91% des proches/patients sont satisfaits de cet outil et de la plus-value qu'il apporte en termes d'aide, de suivi et de facilitateur pour le maintien de la personne au domicile. De même, les professionnels libéraux sont satisfaits de la mise en place des PPS tout en souhaitant davantage travailler autour de la concertation des objectifs, l'amélioration de la communication et des modalités de suivi. Cette même enquête montre que sur le territoire Var Ouest, 100% des aidants/usagers considèrent que les besoins et les souhaits du patient ont été pris en compte, et qu'une visite à domicile par l'équipe a permis de détecter les difficultés du maintien à domicile. Du côté des professionnels, 100% des professionnels jugent que le PPS a permis de repérer la complexité des situations et des problématiques et que l'élaboration du PPS a permis de définir les objectifs de prise en charge adaptés aux besoins de la personne.

**Si le PPS est peu connu, il est fortement utilisé lorsque les médecins sont informés des avantages de ce dispositif** : sur les 227 médecins généralistes visités dans le Var Est, 11 % connaissent le PPS et parmi eux, 64% y ont eu recours. La connaissance du PPS par les médecins crée donc l'usage.

*Verbatim de la part des aidants/usagers concernant le PPS*  
**« Aide inestimable pour les aidants éloignés » « Prise en charge très bénéfique »**

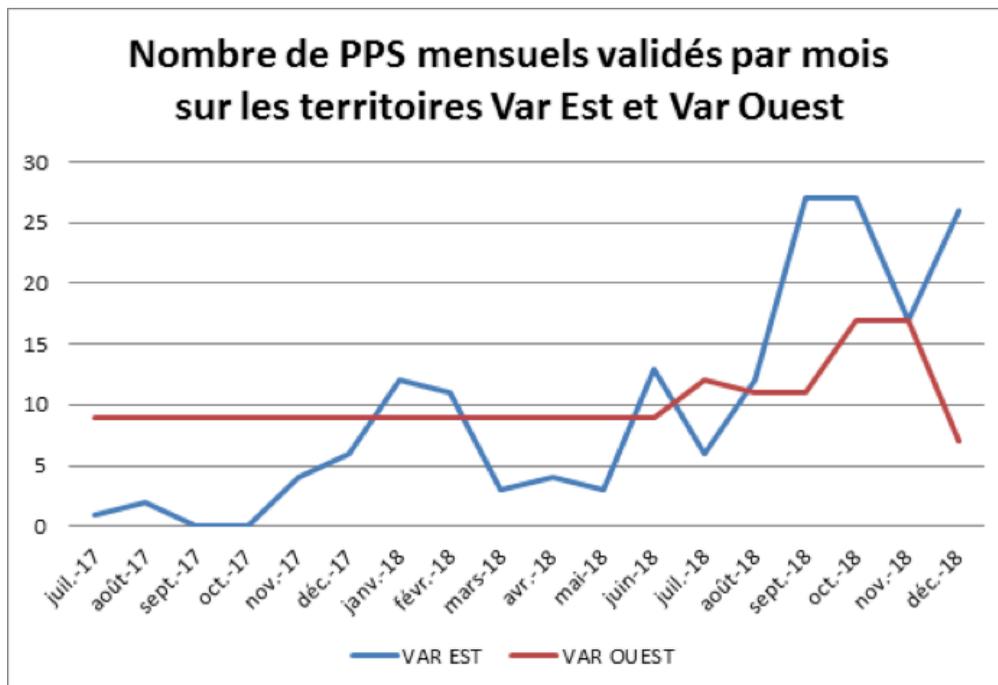
Le PPS est un outil de coordination nécessitant la mobilisation de nombreux acteurs et initie ainsi une forte coordination sur un territoire. Si les résultats sont encore modestes – 0.44% des PA du Var Est et 0.30% dans le Var Ouest - au regard des ressources mobilisées, il convient de pérenniser cet outil<sup>7</sup>. Les efforts devront porter sur les modalités de travail des professionnels de santé afin de favoriser davantage la concertation autour des objectifs de prise en charge, l'amélioration de la communication sur cet outil et enfin déterminer les modalités de suivi.



*Graphique 11 - Evolution du nombre de PPS validés par territoire du 3ème trimestre 2017 au 4ème trimestre 2018 (données issues de la plateforme ANAP)*

<sup>7</sup> Voir les recommandations dans la partie 4

Graphique 12 - Nombre de PPS mensuels validés par mois sur les territoires Var Est et Var Ouest



Pour ce qui concerne la liquidation des PPS, on observe dans le territoire Var Est, un début de liquidation lors du dernier trimestre 2018, et ce grâce à l'action de tous les partenaires libéraux, de la CTA et de la CPAM.

Sur le territoire Var Ouest, de juillet 2018 à décembre 2018, 48% des PPS PAERPA ont été liquidés par au moins un membre de la CCP.

### Axes forts et axes d'amélioration concernant les PPS



- Apport certain des PPS en termes de prévention et de traitement de la perte d'autonomie
- Apport de la PTA/CTA dans son panel d'offre de services
- Retour positif des patients et familles
- Intérêt des visites à domiciles pour les évaluations EMGEH
- Appui de la PTA/CTA à l'élaboration et au suivi du PPS
- Réactivité de la PTA/CTA
- Dynamique de diffusion du PPS encourageante



- Développer/renforcer la communication sur les PPS vis-à-vis des libéraux
- Améliorer l'information dans le contenu et le suivi des PPS
- Faire connaître les prestations disponibles activables dans les PPS
- Disposer d'outils de communication et de système d'information performants
- Clarifier les attentes et rôle/missions en tant que référent PPS – PTA
- Clarifier les processus d'initiation et de suivi PPS et leur plus-value pour les professionnels de santé
- Liquidation des PPS

## 2.2. Les dispositifs en lien avec le domicile

### 2.2.1. Les équipes mobiles externes du Var Est et Var Ouest

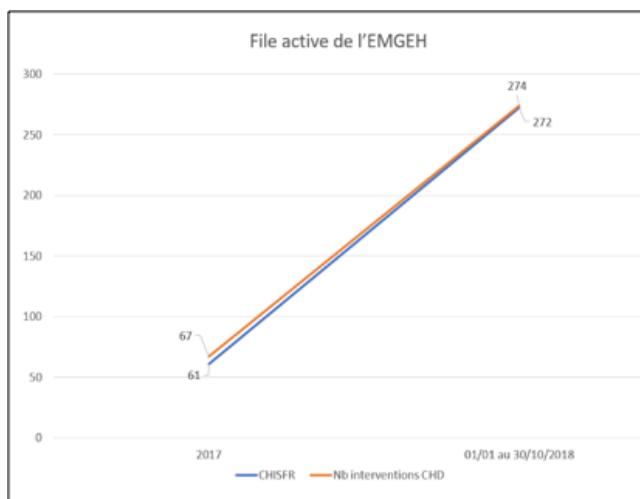
#### a) Les équipes mobiles réalisant une expertise gériatrique

L'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière (EMGEH) du VAR Est poursuit deux objectifs : la réalisation d'expertise gériatrique au domicile ainsi que la mise en place de PPS en cas de besoin à la demande du médecin traitant. L'EMGEH est contactée par la CTA et assure des visites à domicile ainsi que des consultations à délais courts, sous 7 jours. Cette équipe mobile possède également un rôle, dans le cadre de la démarche PAERPA, de renforcement des activités interstitielles, via un travail d'acculturation aux enjeux gériatriques, la diffusion de bonnes pratiques gériatriques et la proposition de leur expertise aux patients.

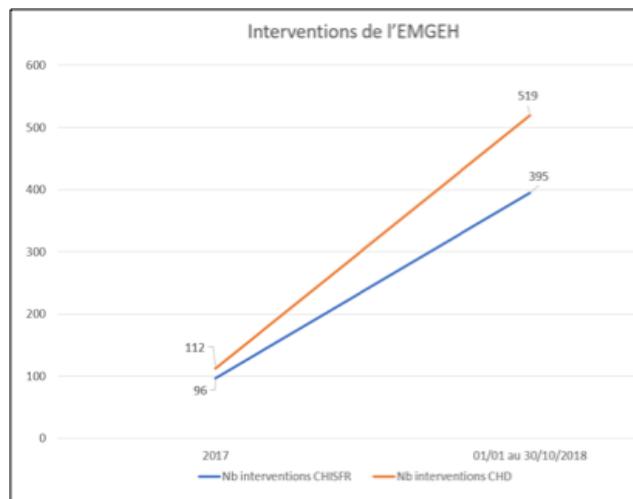
Pour mener à bien ces missions, l'EMGEH possède, pour chacune de ses deux antennes 1 ETP médecin gériatre, 1 ETP infirmière, 1 ETP secrétaire et 1 mi-temps ergothérapeute partagée. Elle a été dotée de 126 750 € en 2017 et de 253 500 € en 2018 par antenne.

**44% des personnes âgées visitées par l'EMGEH Var Est ont bénéficié d'un PPS**

Cette équipe mobile a réalisé, entre mi-septembre 2017 et fin octobre 2018, **1 122 interventions pour 614 bénéficiaires (soit 1.8 interventions à domicile par bénéficiaire et 51 bénéficiaires par mois)**. 271 PPS ont été initiés à la suite de visite à domicile.



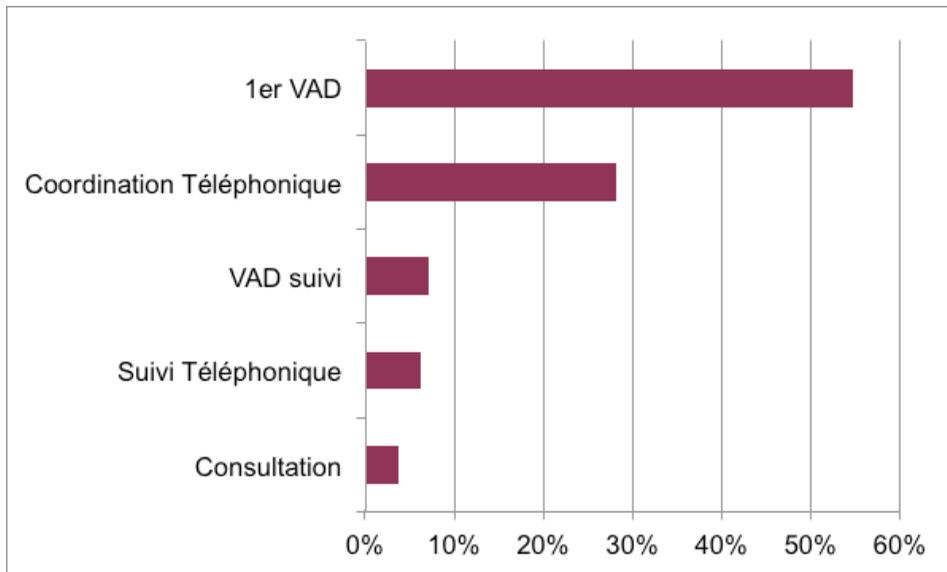
Graphique 13 - Evolution de la file active de l'EMGEH entre 2017 et fin octobre 2018



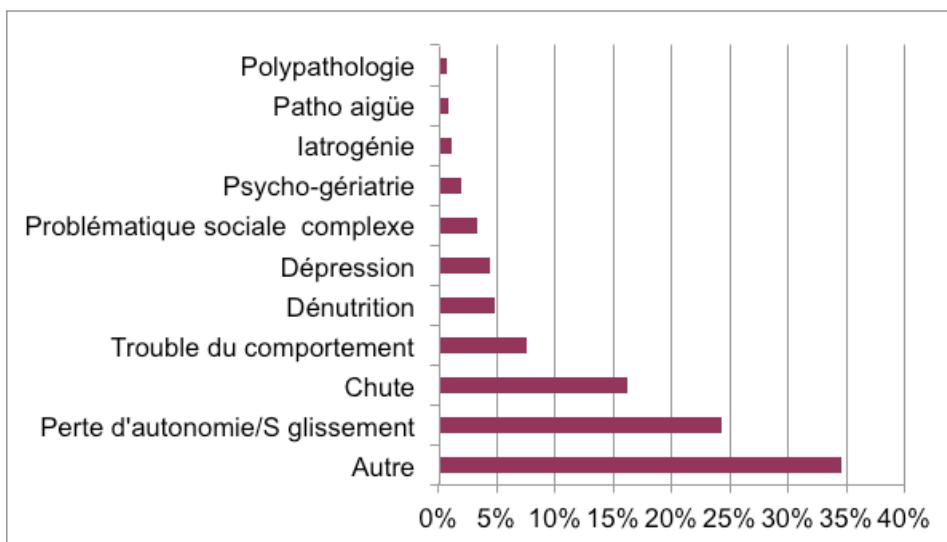
Graphique 14 - Nombre d'interventions de l'EMGEH entre 2017 et fin octobre 2018

En termes de patientèle prise en charge, l'âge moyen est de 86 ans. Environ 80% de ces personnes âgées sont entourées par un aidant ou quelqu'un de leur famille, 30% sont seules avec des aides et 10% seules et sans aides. En termes d'état de santé, les principaux motifs d'admissions sont les chutes, la dépression et la dénutrition.

L'équipe est particulièrement **réactive**, avec une intervention dans 20% des cas le jour même, et dans 60% des cas en moins de 8 jours pour l'antenne du CHISFR, et 60% des cas en moins de 15 jours pour l'antenne du CHD. A noter que le délai d'intervention ne doit pas être assimilé à un indicateur de non disponibilité de l'équipe mobile. En effet, de nombreux facteurs peuvent expliquer un délai d'intervention de ce type, notamment des rendez-vous fixés à l'avance, et en fonction des disponibilités de la famille ou de l'entourage, ou suite à une sortie de SSR par exemple.



Graphique 15 - Format d'intervention de l'EMGEH (15/09/2017 au 30/10/2018)



Graphique 16 - Motifs de la demande d'intervention de l'EMGEH (15/09/2017 au 30/10/2018)

La population signalée et évaluée est déjà en perte d'autonomie (sur l'ensemble des patients de l'antenne du CHIFSR 65% des patients possèdent entre un GIR 4 et 6). Ainsi l'action de l'EMGEH se situe davantage sur une prévention secondaire que primaire. L'action de l'EMGEH permet également de consolider la filière gériatrique de deux manières : en exportant les compétences gériatriques situées à l'hôpital en ville et en décloisonnant le travail des acteurs grâce à l'analyse des ruptures ou des dysfonctionnements observés par la CTA.

L'EMGEH intervient donc sur des personnes âgées en perte d'autonomie et présentant de réels syndromes gériatriques.

De façon globale, l'EMGEH répond clairement à une attente sur le terrain de la part des professionnels médicaux et sociaux.



## Axes forts et axes d'amélioration concernant l'EMGEH Var Est



- Deux sites avec deux équipes qui s'appuient sur des filières gériatriques solides et reconnues et travaillent en concertation régulière avec une logique de territoire
- Augmentation croissante de l'activité depuis 2017
- Les équipes sont en lien fort avec la CTA et les acteurs sanitaires et sociaux
- Rôle catalyseur dans l'organisation de la prise en charge : lien ville-hôpital et CCP renforcés
- Un lien étroit avec les SAU
- Bilan en ergothérapie accessible (interne à l'équipe pour la CTA Var Est)

- Formation des IDE de l'EMGEH en pratique avancée

Un second dispositif sur le territoire Var Ouest, appuyé sur la PTA, propose **une expertise gériatrique. Le réseau de Gérontologie Guidage** existant sur le Bassin Hyérois depuis 2005, **a été intégré au sein de la PTA Var Ouest en 2017 sous la forme d'une expertise gériatrique** suite à la convergence organisationnelle des différents dispositifs de coordination sur le territoire (CLIC, gestionnaires de cas MAIA, réseau de soins palliatifs). Ainsi, avec la mise en place de la PTA Var Ouest, l'expertise gériatrique couvre tout le territoire du Var Ouest pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et impactée par une double problématique, à savoir des situations de plus en plus complexes avec le développement des maladies chroniques, dans des zones géographiques touchées par les déserts médicaux.

Le but est de **de dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique.**

Elle permet de contribuer à l'élaboration du projet de vie et du projet de soins du patient gériatrique, de proposer un ajustement des traitements en cours, d'anticiper les limites du maintien à domicile et programmer, si nécessaire, une hospitalisation en court séjour gériatrique, en SSR gériatrique ou en hôpital de jour.

En termes de ressources, ce dispositif dispose de 0.9 ETP médical et de 0.1 ETP non médical. Il a été doté de 42 500 € en 2017.

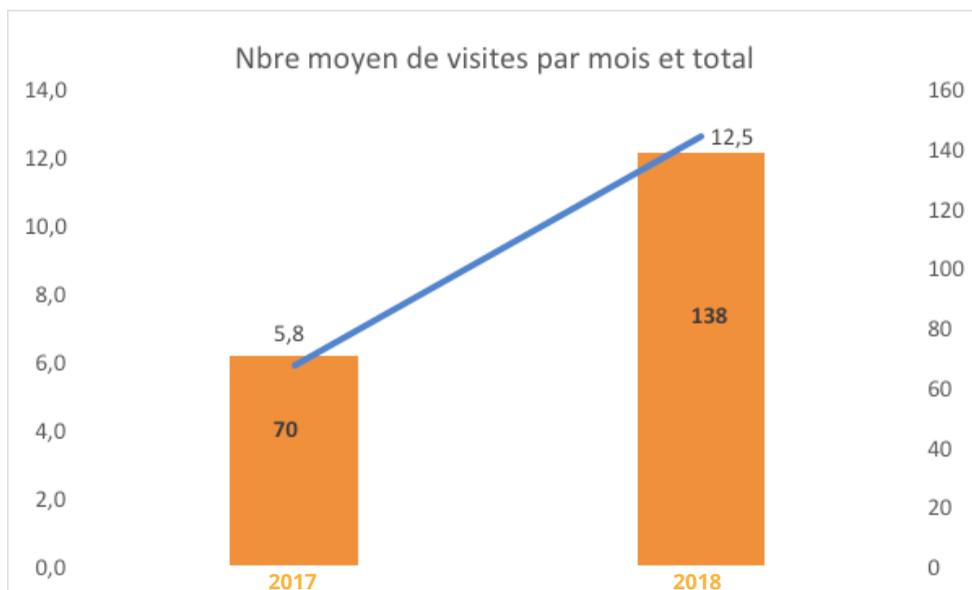
Entre le 1er janvier 2017 et fin novembre 2018, **208 personnes âgées ont été bénéficiaires d'une évaluation gériatrique** à domicile et 159 PPS ont été élaborés à l'issue de celle-ci.

Le temps d'intervention moyen est de 10 jours, mais peut être de 24h si la situation le nécessite.

Les sollicitations proviennent à 28% des professionnels libéraux, 23% du patient et de son entourage et à 20% des services sociaux. Dans 88% des cas, il s'agit d'une demande d'appui au maintien à domicile, avec la plupart du temps la mise en place d'un plan d'aide et de soins ou sa réévaluation.

Les patients ayant bénéficié de l'expertise gériatriques sont dépendants, voire très dépendants puisque 71 % d'entre eux ont un GIR compris entre 1 et 4. Les principales problématiques identifiées sont l'incapacité dans les activités de la vie quotidienne, les problèmes de mobilité et les troubles cognitifs, les troubles du comportement. **16 hospitalisations** ont été organisées à la suite de l'expertise gériatrique, permettant ainsi d'éviter un passage aux urgences inutile, et également d'orienter vers le service le plus adapté.

Graphique 17 - Nombre de patients ayant bénéficié d'une expertise gériatrique - moyenne par an et total du 01/01/2017 au 30/11/2018



Le nombre de patients bénéficiaires d'une expertise gériatrique est de 5.8 par mois en 2017 et 12.5 mois en 2018, à moyen constant

### Axes forts et axes d'amélioration concernant l'évaluation gériatrique du Var Ouest



- Dispositif intégré à la PTA
- **Forte augmentation d'activité en 2018 par rapport à 2017**



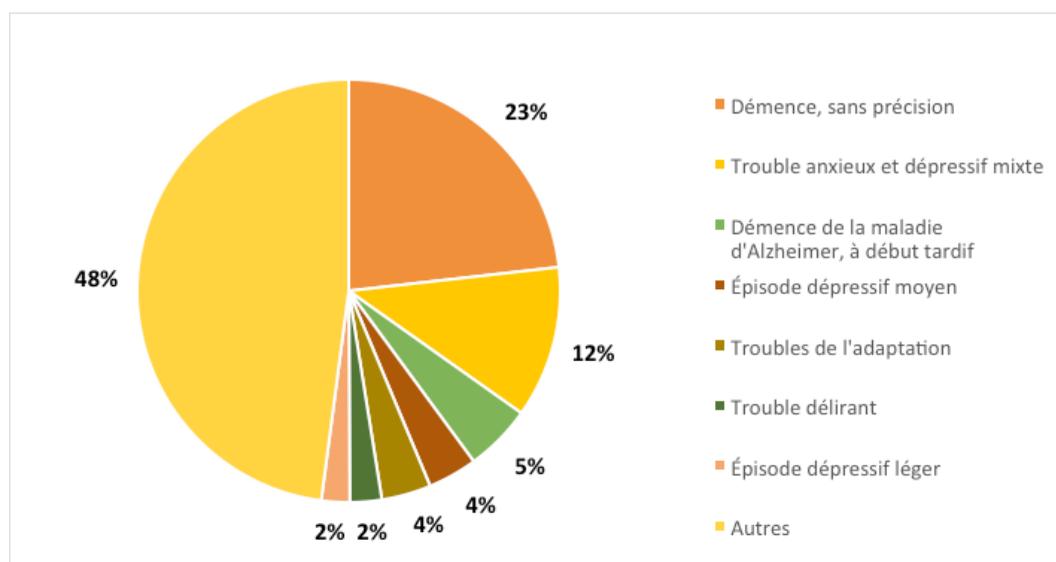
- Sous-dotation de l'équipe mobile du Var Ouest
- Mettre en place le repérage de la fragilité dans les SAU du Var Ouest afin de renforcer le lien ville-hôpital et augmenter les sollicitations des SAU.
- Envisager le développement d'une « antenne expertise gériatrique » sur le territoire de Brignoles-Provence Verte
- Renforcer le lien avec l'hôpital notamment via les partenariats avec les CH du territoire et leurs filières gériatriques
- Valoriser l'intérêt de l'expertise gériatrique par une information grand public
- Améliorer le recueil des indicateurs d'hospitalisation et de passages aux urgences évités : suivre un indicateur sur les passages aux urgences et hospitalisations évitées
- Améliorer le système d'information : actuellement frein majeur à la transmission rapide des informations

## b) L'expertise psychiatrique

Dans le Var Est, l'EMPSA (équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé) a pour mission principale d'apporter une évaluation psychiatrique au domicile des personnes âgées, en prenant en compte les particularités liées à l'âge et au contexte environnemental, via différentes actions (élaboration du projet de soins, prise en charge des situations complexes ...). Elle a été mise en place en octobre 2017.

Cette équipe possède deux antennes, attachées au CH de Draguignan et au CHI Fréjus St Raphael, à l'activité forte, avec une file active de 291 patients par an, soit 24 patients par mois. Les principaux diagnostics identifiés sont la démence (à 23%) et les troubles anxieux et dépressif (12%). L'âge moyen est de 79 ans. Le délai moyen d'intervention est de moins d'un jour pour 95% des patients de l'antenne de Fréjus, et d'environ 7 jours pour 56% des patients de l'antenne de Draguignan. La durée moyenne de prise en charge est de 124 jours, soit 4 mois.

Graphique 18 - Présentation des 7 premiers principaux diagnostics identifiés par l'EMPSA Var Est d'octobre 2017 à octobre 2018



**291 bénéficiaires de l'expertise psychiatrique par an sur le territoire Var Est**

## Axes forts et axes d'amélioration - EMPSA Var Est



- Meilleure connaissance de l'environnement du patient
- **Engagement des partenaires avec acculturation des professionnels mais aussi des aidants**
- **Perfectionnement des méthodes et compétences**
- **Rôle de catalyseur** : permet de décomplexifier des situations
- Changement de regard sur les personnes âgées de la part des soignants
- Développement de la télémédecine



- Développement en cours de la télémédecine pour les médecins traitants, en EHPAD, en lien avec l'infirmier de l'EMPSA
- Développer des relais en CATT
- Nécessité d'avoir accès au dossier patient à l'hôpital
- Difficulté d'accès à la filière psychiatrique sur le Centre Hospitalier de la Dracénie

Une seconde équipe présente dans le Var Ouest est l'équipe mobile de géronto-psychiatrie. Cette équipe est rattachée au Centre Hospitalier Henri Guérin.

Elle a pour missions de repérer et orienter précocement le sujet âgé exprimant une souffrance psychique ou porteur d'une pathologie psychiatrique avérée.

Elle dispose à cet effet de 5.1 ETP (4.8 ETP d'IDE, 0.1 ETP de psychiatre et 0.2 ETP d'assistante sociale). Elle est dotée de 332 047 € en 2017.

En termes d'activité, la file active en 2017 est de 260 patients, et le nombre d'actes réalisés de 1824.

L'équipe mobile du CH de Guérin prend en charge quasiment exclusivement les patients en post-hospitalisation. Elle assure ainsi un rôle de prise en charge extrahospitalière mais ne constitue pas une offre spécifique pour les personnes âgées du territoire – hors du circuit/parcours hospitalier.

### Axes forts et axes d'améliorations concernant l'équipe mobile psychiatrique du CH Henri Guérin



- Permet d'éviter des réhospitalisations
- Apporte une réponse de proximité rapide aux PA, quels que soient leur lieu d'habitation ou revenus.



- Elargir le recrutement des patients (actuellement uniquement en sortie d'hospitalisation)
- Distinguer les missions CMP et EMGP
- Coordonner et adapter les actions afin d'éviter la multiplicité des intervenants à domicile

#### Le projet d'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé du CHI de Toulon La Seyne-sur-Mer (CHITS).

Le CHITS développe un projet d'équipe mobile de gérontopsychiatrie qui permettra de couvrir les secteurs varois actuellement non couverts.

L'équipe mobile de gérontopsychiatrie est financée depuis 2018 à hauteur de 330 000 € mais a pris du retard dans son déploiement. Le public ciblé est celui des résidents en structures publiques ou privés à but non lucratif, des services de gériatrie du CHITS et prioritairement des personnes âgées au domicile sur appel du médecin du CLIC de Toulon ou de la PTA du Var Ouest (en l'absence de médecin pour le CLIC du Cap Sicié).

## 2.2.2. Les actions au domicile activables en urgence

Dans le cadre du programme PAERPA, les actions à domicile activables en urgence sont de 2 ordres :

- Mettre en place des prestations d'aide à domicile en urgence à partir du domicile avec ou sans prestations de portage de repas
- Développer l'accessibilité en urgence à des prestations de nettoyage d'appartement

Ces actions au domicile ont permis de renforcer la **collaboration d'acteurs du territoire de façon, il convient de le souligner, inédite**. En effet, le Conseil départemental, la CARSAT ainsi que les PTA/CTA **ont collaboré de façon étroite** afin de mettre en place des actions au domicile du patient dans des délais courts. Au regard de ce qui peut être observé sur d'autres territoires, il s'agit d'un **mode opératoire innovant sous différents aspects** : le CD et la CARSAT ont assoupli et accéléré les procédures en acceptant les Girages réalisés par les CTA/PTA, tandis que la CARSAT a créé une prestation exceptionnelle. Cette coopération et ces modalités innovantes en font des **dispositifs locaux de réponse aux ruptures de parcours médico-sociaux** particulièrement réactifs, comme indiqué ci-dessous.

Le but de ces 2 actions est de développer une réponse à l'urgence sociale, afin d'éviter une hospitalisation de la personne aidée en cas de défaillance soudaine de l'aidant ou de la défaillance de la personne elle-même, vivant seule.

## a) Aides à domicile en urgence

Dans le cadre du PAERPA, une nouvelle prestation d'aide à domicile en urgence a été initiée afin de répondre dans les 4 h, à la défaillance soudaine de l'aidant et permettre à la personne âgée de 75 ans et plus de rester à son domicile. Deux heures d'aides à domicile/jours sont financées avec la possibilité d'activer un portage de repas en urgence.

La prestation s'adressait initialement aux personnes âgées vivant à domicile avec un aidant soudainement défaillant et sans droit commun existant (APA ou financement en partie pris en charge par une caisse de retraite). Elle est activée par la CTA.

La solvabilisation du coût pour l'utilisateur était prise en charge par le programme PAERPA avec un reste à charge de 3€/j pour 2h d'aides à domicile et de 2 €/repas.

Le CH de la Dracénie a bénéficié pour mettre en place cette prestation d'aides à domicile en urgence d'un financement de 29 400 € en 2017 et 15 000 € en 2018 et pour le portage de repas d'un financement de 3850 € en 2017.

10 SAAD couvrant l'ensemble du territoire Var Est et un service de portage de repas se sont engagés dans l'expérimentation et ont passé convention avec le CHD.

Le bilan des prises en charge à fin octobre 2018 est de 12 personnes ayant bénéficié d'aides à domicile et 7 d'un portage de repas. L'analyse de ce bilan réalisée avec les partenaires en décembre 2018 a conclu au caractère trop restrictif des critères d'éligibilité, particulièrement eu égard à l'exclusion des personnes pouvant avoir accès aux aides de droit commun. De nouvelles modalités sont en cours de définition avec le Conseil Départemental et la CARSAT ainsi que d'autres caisses de retraite pour permettre à leurs affiliés d'être éligibles à ces prestations et les intégrer dans le droit commun.

## b) Nettoyage d'appartement

Le nettoyage d'appartement en urgence a été mis en place pour des personnes âgées de 75 ans en grande précarité qui ont une perte d'autonomie due à des troubles cognitifs non repérés et qui ont pour projet de vie de rester à domicile.

8 000 € ont été prévus pour cette action en 2017.

De février à novembre 2018, 3 personnes ont bénéficié du « nettoyage d'appartement » à la demande d'un travailleur social et de 2 mandataires. Ces personnes avaient toutes un petit budget et aucune prestation d'aides à domicile. Le nettoyage n'a été engagé qu'après avoir eu la confirmation d'un projet de prise en charge sanitaire et social. A la suite de la prestation, des auxiliaires de vie ont été mises en place chez les 3 personnes bénéficiaires.

Au regard du peu de demande de la CTA, le financement PAERPA attribué dans le cadre de l'expérimentation ne sera pas reconduit. La CTA/PTA travaille à réorienter ces demandes peu fréquentes, de nettoyage d'appartement insalubre vers les dispositifs de droit commun : certaines caisses de retraites (CARSAT...) ou mutuelles peuvent prendre en charge la prestation. Les services communaux d'hygiène peuvent également être sollicités.

## Axes forts et axes d'amélioration concernant les aides à domicile



- Engagement des partenaires
- Engagement des professionnels qui se sont appropriés les prestations d'aides d'urgence
- Respecter le choix de la personne de rester chez elle
- Repérage des personnes âgées fragiles, et si besoin, réalisation d'un bilan médico-social et initialisation des dossiers d'aides de droit commun.



- Intégrer la solvabilisation des aides à la vie en urgence dans les dispositifs de droit commun
- Travailler avec le CD et la CARSAT ainsi que les autres caisses de retraite pour permettre à leurs affiliés d'être éligibles à la prestation en cours
- Communiquer sur les prestations d'aides à domicile (mairie, etc.)
- Travailler sur la gestion et l'accompagnement du refus de la personne âgée

## 2.3. Les dispositifs en lien avec l'hôpital

Dans le cadre du programme PAERPA, de nombreux dispositifs ont été expérimentés au sein de l'hôpital afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et de réduire les ruptures de parcours à l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

Les dispositifs sont présentés selon 3 modalités : l'accès à l'hôpital, la prise en charge aux urgences et enfin la sortie.

### 2.3.1. Les dispositifs facilitant l'accès à l'hôpital : le numéro unique et les consultations externes gériatriques à délai court

L'objectif de ce dispositif, implanté au CH de la Dracénie et CH de Fréjus-Saint Raphael, est de faciliter l'accès des professionnels de santé, notamment aux médecins libéraux mais également de SSR ou médecins coordinateurs d'EHPADs, à un avis gériatrique dans les délais courts. Il est proposé par la CTA du Var Est. A cet effet, un numéro unique a été mis en place en sus de plage de consultation.

Aucune ressource humaine supplémentaire ou de financement n'a été affectée, le dispositif s'intègre dans l'activité des praticiens déjà en place.

Entre janvier et octobre 2018, 43 patients ont pu bénéficier de consultations externes gériatriques. On constate que ce dispositif est sous-utilisé. Ceci peut s'expliquer notamment par la non utilisation du dispositif par les patients passés par les urgences et ne souhaitant pas revenir à l'hôpital pour une consultation. Cependant, le numéro unique est davantage utilisé par les professionnels de ville qui apprécient de pouvoir bénéficier d'un avis gériatrique rapidement. Dans la mesure où le recueil d'activité n'a pas été réalisé, il est difficile de quantifier les différentes incidences du dispositif.

A noter que deux consultations externes gériatriques à délai court sont également en place sur le territoire du Var Ouest, respectivement aux Centres Hospitaliers de Hyères et de Sainte Musse.

#### Axes forts et axes d'améliorations concernant l'accès à l'hôpital



- Dispositif formalisé et fonctionnel
- Numéro unique déjà connu et utilisé pour les demandes d'avis, diffusion renforcée et relayée par la CTA



- L'activité de conseil ou de coordination téléphonique n'est pas relevée de façon exhaustive et n'est pas valorisée
- Nécessité de poursuivre le travail de sensibilisation pour le recours à la consultation à délai court

## 2.3.2. Les dispositifs améliorant la prise en charge hospitalière

Dans cette analyse la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, les principaux établissements de santé pris en considération sont : CH de Fréjus St-Raphael, CH de la Dracénie, CH de Hyères, CHITS La Seyne, CH de Brignoles, CHITS Ste Musse, POL Malartic d'Ollioules, HIA Ste Anne.

### a) Le repérage de la fragilité et la prévention de la perte d'autonomie aux urgences et dans les services

Un premier dispositif mis en œuvre pour permettre une plus grande prévention de la perte d'autonomie est le **repérage de la fragilité aux urgences**. L'idée est de mettre en place un outil de dépistage de la fragilité par les urgentistes afin d'assurer un signalement des personnes âgées retournant à domicile via la CTA/PTA. Pour cela, les acteurs en charge de ce repérage s'appuient sur la grille de repérage de fragilité de l'HAS concernant le PPS pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus, passant par les urgences et retournant à leur domicile. Un envoi est réalisé par messagerie sécurisée à partir du terminal des urgences du CHIFSR et du CH de Saint-Tropez vers la CTA et du CH de la Dracénie via Orbis.

Aucun financement ou ressources humaines spécifiques n'a été mis à disposition pour ce repérage. Celui-ci s'appuie sur la contribution des médecins gériatres coordinateurs de la CTA, les médecins urgentistes et secrétariat des urgences, les médecins gériatres hospitaliers, le service informatique, la CTA et coordinatrices territoriales.

Entre mai 2017 et octobre 2018, au CH de la Dracénie, 977 grilles ont été remplies dont 480 qui sont positives soit 34% de personnes âgées passées aux urgences non hospitalisées sur cette période.

Une analyse est en cours pour affiner la procédure définitive à mettre en œuvre avant la généralisation au Var-Ouest.

Dans les établissements du Var Ouest, la mise en place du même outil est prévue. Il sera effectif pour les établissements suivants : CHITS, HIA Sainte Anne, CH de Hyères, CH de Brignoles.

Toujours dans cette même optique a été développé dans le Var Est le **repérage de la fragilité dans les services de médecine**, de chirurgie mais également de psychiatrie du CH de la Dracénie et du CHIFS - l'objectif étant de parvenir à réaliser un dépistage sur l'ensemble de ces secteurs et une meilleure orientation en aval des hospitalisations. Dans les services, c'est la grille TRST qui a été retenue afin d'évaluer le risque de perte d'autonomie. Cette échelle de la fragilité est constituée de 5 items.

Aucun financement n'a été dédié à cette mission de repérage, et en termes de ressources humaines, on retrouve l'équipe mobile de gériatrie intra hospitalière, les membres de la commission gériatriques (pas encore mise en place), les cadres et médecins des différents services des Centres Hospitaliers.

Pour illustration, au Centre Hospitalier de la Dracénie, entre mai 2017 et octobre 2018, 1 464 TRST ont été réalisées pour les personnes âgées hospitalisées en UHCD et en unité de gériatrie aigüe. Cela signifie que 32% du total des personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées dans ces services sur cette période ont bénéficié de ce repérage, parmi lesquelles 1 228 ont un score  $\geq 2$  soit 84% des personnes âgées évaluées.

L'objectif est de déployer ce repérage sur l'ensemble des services de médecine et chirurgie des centres hospitaliers du Var Est.

Outre ce dispositif, il est prévu de mettre en place une action de diffusion **des bonnes pratiques gériatriques et de prévention de la dépendance nosocomiale** (perte fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne acquise pendant une hospitalisation). Les principaux objectifs sont l'identification des patients à risque (cf. supra), la prise en charge des principales causes de dépendance iatrogène (syndrome d'immobilisation, confusion aigüe, incontinence, chutes, iatrogénie médicamenteuse, séjour prolongé de façon inappropriée), l'adaptation des pratiques et du matériel pour réduire les risques d'immobilisation, et enfin l'optimisation de l'entrée et de la sortie des patients, avec bilan social précoce systématique dans les 48 heures suivant l'admission et anticipation des sorties. Il s'agit d'une prévention s'attachant à être multidimensionnelle et qui aura pour avantage de s'appuyer sur une filière gériatrique solide et reconnue, et sur une commission gériatrique pluridisciplinaire issue de la CME, nouvellement mise en place (décembre 2018 au CHIFSR et premier trimestre 2019 au CHD et au CHITS). Les missions de cette commission ont été définies :

- Améliorer le parcours de soins des patients âgés de 75 ans et plus afin de fluidifier le parcours hospitalier, les admissions et les sorties, améliorer les pratiques et proposer des formations ;
- Renforcer les interactions entre les acteurs de la filière ;
- Décloisonner les relations ville hôpital et améliorer la communication entre professionnels de santé mais aussi acteurs des dispositifs sociaux et d'aide à la personne.

Ce dispositif ne dispose pas de moyens humains supplémentaires néanmoins une identification des acteurs a été réalisée, incluant des personnes membres de la commission, des personnes ressources pour mener les actions, des référents gériatriques dans chaque unité. Est également attendue une participation des usagers. Le dispositif doit permettre de diminuer la perte d'autonomie acquise lors d'une hospitalisation.

### Axes forts et axes d'améliorations concernant la prévention et le repérage de la fragilité



- **Mobilisation et coordination des compétences entre gériatres et urgentistes.**
- **Service rendu à la population âgée**



- Nécessité de poursuivre la formation des urgentistes
- Meilleure formation des professionnels de santé libéraux aux facteurs de risques gériatriques et de fragilité
- Critères de repérage de la fragilité à affiner (étude en cours en 2019)
- Organisation interne de la prise en charge du flux en augmentation

#### b) La conciliation médicamenteuse à l'hôpital

La conciliation médicamenteuse est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, tout en garantissant la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Parce que les multiples points de transition majorent le risque médicamenteux, elle repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé et le patient, tout au long de son parcours.

Aucun temps supplémentaire ni budget dédié ne sont dévolus à cette activité. Sont mobilisés les praticiens hospitaliers du CHD, les médecins et les pharmaciens, les médecins traitants, pharmaciens d'officine, IDEL.

En termes d'activité, au Centre Hospitalier de la Dracénie, entre janvier 2017 et octobre 2018, 67 conciliations d'entrée en UGA ont été réalisées, dont 63% conduisant à des modifications d'ordonnances.

## Axes forts et axes d'amélioration concernant la iatrogénie médicamenteuse



- En l'absence de logiciel et de moyens dédiés, malgré un caractère très chronophage de cette activité, **63% des ordonnances conciliées ont été modifiées**
- **Limitation de la iatrogénie durant l'hospitalisation**
- **Information du médecin traitant** des modifications effectuées sur le tableau médicamenteux de son patient sur la lettre de liaison



- Pas d'intégration dans le DMP
- Traçabilité
- Absence de communication en intra-hospitalier

### 2.3.3. Les dispositifs améliorant la prise en charge des troubles du comportement

Dans le cadre du programme, une unité cognitivo-comportementale (UCC) de 11 lits a été créée au CHI de Fréjus St Raphaël. Ouverte en décembre 2018, elle s'adresse aux patients valides présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, avec des troubles psycho-comportementaux productifs sévères, que ce soit à partir du domicile, d'un EHPAD ou d'un service d'hospitalisation. Cette structure est la seule UCC du Var Est (une unité au CHITS, sur le site Clémenceau à La Garde, pour le Var Ouest).

Elle a bénéficié d'un financement de 200 000€ en investissement et, de même, en fonctionnement.

### 2.3.4. Les dispositifs facilitant la sortie de l'hôpital

#### a) Le programme de retour à domicile (PRADO) des personnes âgées : une collaboration réussie

Le PRADO Personne âgée est en expérimentation dans le département du VAR et concerne les patients du régime général de plus de 75 ans. Il est expérimenté dans des établissements publics de santé et privés, et en collaboration avec le programme PAERPA sur l'ensemble du département.

Les principaux objectifs sont de :

- Préparer la sortie d'hospitalisation du sujet âgé de 75 ans au moins pour un retour à domicile dans des conditions optimales ;
- Réduire les risques liés à la dépendance en limitant la durée d'hospitalisation ;
- Eviter les ré-hospitalisations par une prise en charge rapide et coordonnée des professionnels de santé libéraux.

La mise en place d'une procédure unifiée entre PRADO PA et PAERPA a permis une plus grande lisibilité pour les hôpitaux.

Une grille de repérage de la fragilité des personnes âgées a été définie par la PTA Var Ouest avec l'équipe PRADO de la CPAM à destination des CAM départementales comme régionales. Les équipes de la PTA ont également réalisées des actions, auprès desquelles les équipes de la PTA ont également réalisé des actions d'information et de formation.

En termes de ressources, sont dédiées 1,6 ETPS au total, soit 0.1 ETP médical et 1.5 ETP non médical. Le PRADO est par ailleurs réalisé à moyens constants par redistribution de gains de productivité en ce qui concerne les personnels. Les surcoûts sont liés à la prime de fonction et aux frais de déplacement.

De fin novembre 2017 à décembre 2018, 432 adhésions ont été réalisées, dont 404 en 2018. 333 patients ont été pris en charge dans le Var Est avec 44 contacts CTA, 89 dans le Var Ouest. Sur les 179 bilans de satisfaction auprès des patients ou de leur entourage, 89% se déclarent très satisfaits.

## Axes forts et axes d'amélioration concernant les dispositifs de sortie



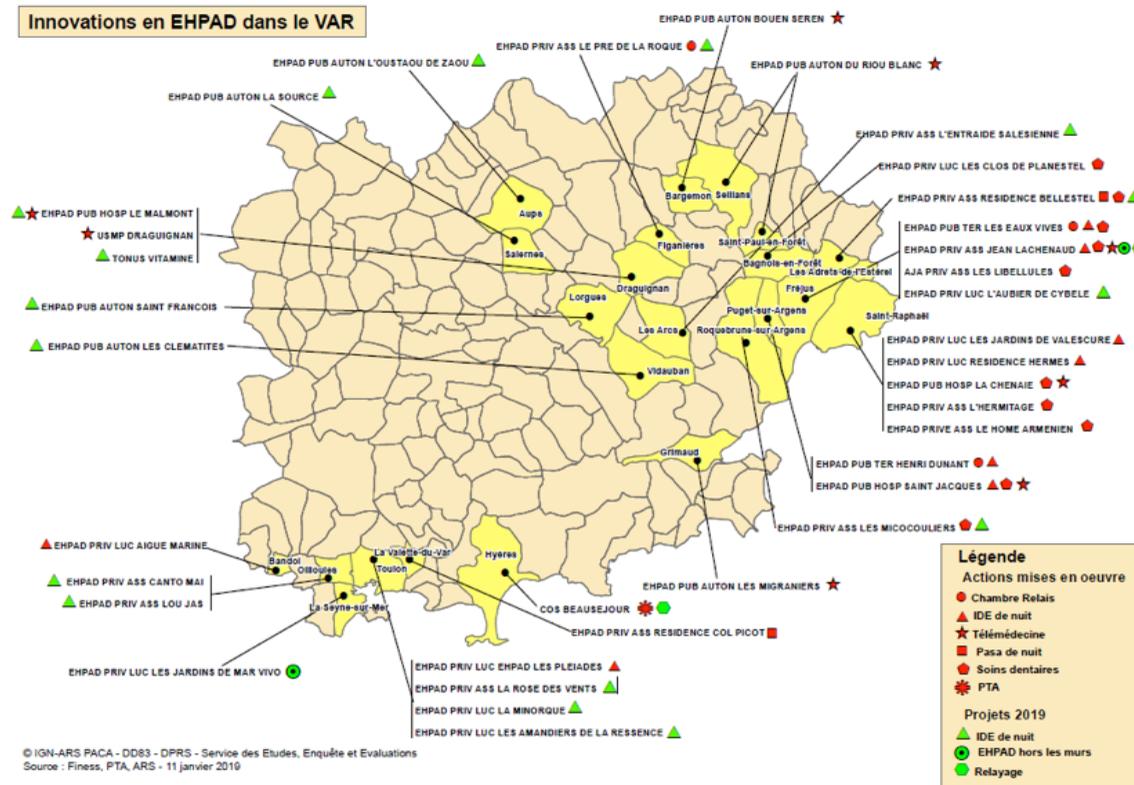
- Etroite collaboration ARS / assurance maladie
- **Un dispositif lisible et efficace pour les partenaires**
- **Rédaction d'une procédure unique PRADO PA/PTA**
- **Etroite collaboration entre tous les acteurs du médico-social sur les secteurs où les PTA et CTA sont présentes**
- Collaboration avec les représentants des URPS (médecins infirmiers pharmaciens)
- Rencontres régulières des acteurs locaux (MAIA, Assistantes sociales des UTS, CLIC etc.) : connaissance mutuelle des rôles et périmètres d'action de chacun
- Rédaction commune d'une grille de repérage de la fragilité à destination des CAM
- Implication des équipes médicales des établissements conventionnés
- Forte réactivité des équipes PRADO PA
- **Un effet PRADO démultiplié par PAERPA**

- Règles d'orientation vers l'HAD et autres prestataires, le SSR parfois difficile à appréhender au sein des établissements de santé
- Des patients parfois trop lourds pour relever du PRADO

## 2.4. Les dispositifs innovants mis en place en EHPADs

De nombreux dispositifs innovants ont été mis en place en EHPAD dans le cadre du programme PAERPA. Ils ont pour objectif d'améliorer la prise en charge de la personne âgée en EHPAD et d'éviter les ruptures de parcours notamment lors d'une prise en charge à l'hôpital.

La mutualisation des IDE de nuit entre plusieurs EHPADs, l'hébergement temporaire, les soins dentaires, le PASA de nuit sont autant d'innovations qui ont vocation à être de véritables appuis dans la prise en charge de la personne âgée.



Carte 3 - Innovations en EHPAD dans le Var

## a) La mutualisation des IDE de nuit entre plusieurs EHPADs

Ce dispositif de mutualisation a pour objectif premier de permettre une prise en charge de qualité des résidents d'EHPADs la nuit, notamment via la sécurisation de la prise en charge et la continuité des soins. Pour répondre à cet objectif, le dispositif a été mis en place sur un groupe de 4 EHPADs du Var Est en juin 2017 et étendu à 2 autres EHPADs en janvier 2018.

Le budget est de 40 000€ par an par groupe d'EHPAD. L'organisation repose sur le volontariat des IDE de jours pour participer à l'astreinte de nuit.

Cette mutualisation a conduit en 2018, à 203 appels et 65 déplacements. Ainsi, au total, 48 appels /an/100 lits sont dénombrés soit un appel tous les 2 jours.

L'EHPAD Henri Dunant a analysé les motifs des appels : 38% concerne des chutes, 16% l'hypothermie et 14% l'hypertension en 2018. Le premier motif d'appel est la chute du résident en EHPAD.

Il est intéressant de relever que l'efficacité des interventions, en parallèle de la croissance globale de l'activité, est en amélioration : on dénombre ainsi 19 hospitalisations évitées/an/100 lits (Données 2018 sur les 6 EHPADs expérimentatrices du Var-Est). A noter également que de janvier à octobre 2018 seulement 2 nuits n'ont pas été couvertes par une IDE d'astreinte, contre 7 entre juin et décembre 2017, ceci traduisant une bonne acceptabilité du personnel.

### Axes forts et axes d'améliorations concernant l'astreinte IDE de nuit



- Bénéfice dans l'accompagnement des PA dépendantes accueillies
- Traçabilité des astreintes : Protocoles et procédures
- Plus efficace qu'une présence permanente : Intervention à la demande
- Généralisation des fiches réflexes et conduites à tenir
- Fiches de poste et Prérequis des IDE d'astreinte définis
- Convention de partenariat entre les établissements
- Création d'un numéro de téléphone dédié par établissement



- Organiser un partage d'expérience entre les IDE qui ont participé à l'astreinte

## b) L'hébergement temporaire en urgence en EHPAD à partir du domicile, la chambre relai

Dispositif implanté dans le Var Est, la chambre relai doit permettre de **répondre à une situation de vulnérabilité** pour une personne âgée (aidée) ne pouvant rester seule à son domicile, à la suite d'une défaillance soudaine de l'aidant. Le dispositif intervient par un accueil non-programmé en hébergement temporaire de la personne âgée, pour une durée maximum de 21 jours. Il a pour but de lui permettre de bénéficier d'une prise en charge adaptée à son état de santé et de lui éviter une hospitalisation inutile, dans une perspective de retour à domicile.

Les crédits alloués dans le cadre du programme PAERPA sont entre 70€ à 84 € par jour pour une durée de 21 jours maximum. Le reste à charge était de 5€/jour.

88 jours en chambre relai ont été réalisés sur les 3 EHPADs partenaires pour 6 bénéficiaires, soit 14 % des objectifs envisageables pour le dispositif. Ce dispositif n'a pas été efficace au regard du nombre de bénéficiaires. De plus des difficultés ont été rencontrées dans le respect des critères préétablies, en particulier du fait d'une forte pression sociale.

## Axes forts et axes d'amélioration concernant les chambres relai



- Evite des hospitalisations
- Coopération entre les différents acteurs (CTA/ EHPAD/MEDECINS)
- Sécurisant pour l'entourage et l'aidant hospitalisé



- Repréciser les critères et la procédure de vérification par la CTA
- Réactivité de la CTA et des EHPAD

### c) L'unité mobile de soins dentaires adaptés au grand âge

L'accès aux soins dentaire en EHPAD est un dispositif mis en place depuis mi-juillet 2018, ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires, préventifs et curatifs, pour les personnes-âgées dépendantes. Il permet de répondre aux besoins de résidents en EHPAD sur un territoire défini (Fréjus/St Raphael) grâce à une prise en soins globale et accessible aux personnes à mobilité réduite sur un site identifié, disposant d'un cabinet dentaire spécifiquement adapté (établissement Jean Lachenaud à Fréjus) et équipé d'une unité mobile pour intervenir en EHPAD.

11 établissements dont 9 EHPADS (736 places) sont concernés par ce dispositif mobile qui a déjà permis, après 5 mois de réalisation, 179 consultations soit en moyenne 35 consultations en EHPAD.

L'unité mobile prend en charge rapidement les patients en effectuant les premiers soins dans les EHPADs (hygiène, détartrage, rebasage), les soins techniques étant réalisés au cabinet dentaire. La convention signée entre les différents établissements facilite les échanges inter-établissements et permet l'accès à des formations sur l'hygiène bucco-dentaire.

## Axes forts et axes d'améliorations concernant les soins dentaires en EHPAD



- Prise en charge plus rapide par l'unité mobile qui effectue certains soins directement dans les EHPADs. Les RDV pour un suivi en cabinet se font dans des délais courts.
- Soins en chambre pour les résidents avec des troubles cognitifs.
- Convention signée entre les différents établissements permet l'accès à des formations sur l'hygiène bucco-dentaire.
- Sensibilisation des soignants
- Efficience du dispositif
- Economie des frais de transports des personnes âgées grâce au déploiement des dentistes



- Organisation et accompagnement des résidents pour les RDV au cabinet
- Acquisition d'une 2ème malette dentaire pour répondre à l'ensemble des besoins,
- Mise en place d'une procédure pour les patients à l'aide sociale
- Développement de la communication entre l'ensemble des acteurs (familles, médecins, professionnels)
- Formation des praticiens aux maladies neurodégénératives à renforcer

## d) PASA de nuit - poly activités et soins adaptés de nuit

La mise en place d'un PASA de nuit a pour objectifs de mettre en place un environnement et une prise en charge propices au sommeil du résident, via notamment la mise en œuvre de Thérapies Non Médicamenteuses Personnalisées (TNMP). Il s'agit de mettre en œuvre des stratégies adaptées de TNMP selon les troubles du résident, ou des TNMP apaisantes en réponse à l'émergence de troubles du comportement pour un résident que l'on ne peut identifier à l'avance de façon certaine.

A cet effet, ont été mis à disposition dans un EHPAD, 2.5 ETP d'ASG et 0.1 ETP de psychomotricienne avec un budget de 200 000€ pour les deux années d'expérimentation (2018-2019).

### 73% des résidents ont bénéficié du PASA de nuit

Entre janvier et septembre 2018, 96 résidents (sur 113 résidents accueillis avec 19 décès pour cette période) ont bénéficié au moins une fois du PASA de nuit soit 73% en moyenne. 5 résidents pris en charge par le PASA de nuit ont un projet de vie personnalisé de nuit soit 4% des résidents. Enfin, la tendance est à la diminution de l'utilisation des psychotropes sur l'ensemble de l'établissement (-11% sur 3 trimestres).

## Axes forts et axes d'améliorations concernant le PASA de nuit



- Prise en soins précoce permettant des nuits de l'établissement plus calmes
- Diminution de l'importance des troubles du comportement
- Amélioration de la qualité de sommeil
- Des journées plus sereines du fait de l'accompagnement du réveil
- Identification par les résidents du personnel du PASA de nuit qui devient un repère d'apaisement: désamorçage du trouble et retour au calme facilité



- Procédures internes à préciser
- Recueil des données, traçabilité
- Manque de temps pour rédiger les projets de vie personnalisés de nuit

## 2.5. Les dispositifs de prévention et formation au repérage et à la perte d'autonomie

La formation des professionnels, le repérage de la fragilité et les actions de prévention sont autant de dispositifs mis en place ou renforcés dans le cadre de PAERPA dans le département, induisant une montée en compétences des professionnels aux pratiques gériatriques.

### 2.5.1. Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique

#### Actions de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA)

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA), mise en place en décembre 2016 dans le Var permet de développer et de coordonner l'ensemble des actions de prévention sur le territoire. L'ARS a souhaité que parmi les actions proposées, un maximum d'interventions soient réalisées en lien avec l'expérimentation PAERPA. La coordination de ces dispositifs permet de plus d'apporter aux collectivités territoriales une connaissance exhaustive des actions prévues sur leur commune.

Au total à 2018, 500 actions ont été menées dans le VAR, dont 300 financées par la CFPPA, telles que des activités physiques adaptées, des ateliers de prévention multi-thématiques, Mémoire, Médicaments, Nutrition et Sécurité routière.

L'activité de prévention a ainsi été quadruplée par rapport à l'existant, avant la mise en place de la CFFPA (125 actions en 2015).

En 2018, le montant total des 29 projets financés par la CFFPA est de 923 000 €.

L'ouverture prochaine par l'ASEPT d'un site dédié permettra l'inscription en ligne des usagers à l'ensemble de ces programmes de prévention sur la région PACA, améliorant la lisibilité de l'offre.

#### Education thérapeutique dans le Var

Les programmes d'éducation thérapeutique ont une porte d'entrée par pathologie (cardiovasculaire, respiratoire...) et non par population. Sur les 21 programmes d'éducation thérapeutique déployés dans le Var, un seul concerne les personnes âgées (Hyères).

### 2.5.2. La formation des professionnels au repérage et à la perte d'autonomie

#### a) La formation des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) au repérage de la fragilité

Les formations réalisées par les personnels des Services d'Aide à domicile (SAAD) s'adressent aux aides à domicile (titulaires ou non d'un diplôme type DEAES ou ADVF) et aux responsables de secteur, dans le territoire PAERPA du Var Est. A noter que l'enveloppe CNSA pour ce dispositif est passée de 235800 euros en 2017 à 265000 euros en 2018

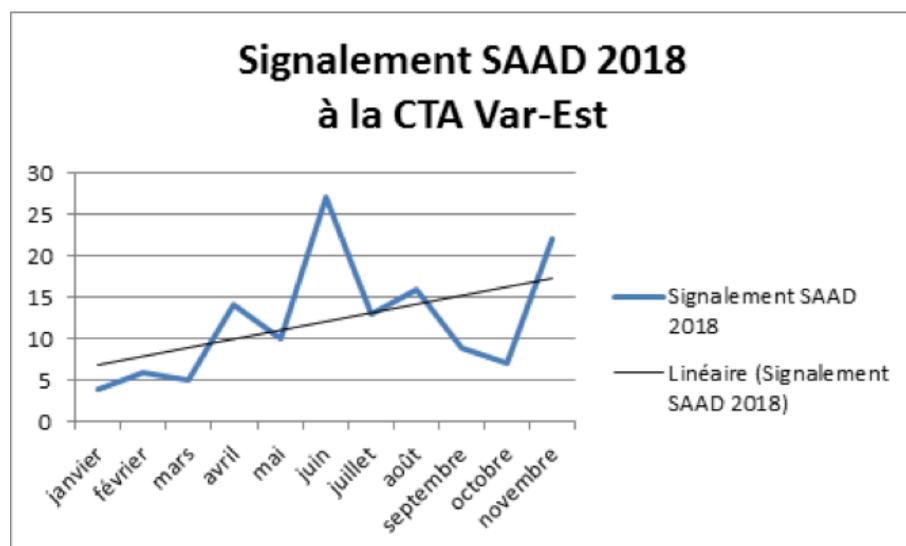
Les objectifs sont de :

- Savoir repérer les indices de risque de perte d'autonomie des personnes accompagnées à leur domicile (difficultés inhabituelles à se déplacer, chutes, troubles de l'humeur, du sommeil, mauvaise observance du traitement...);
- Savoir intégrer les informations pertinentes pour adapter la ou les réponses en interne et/ou signaler chaque fois que nécessaire, la situation à la Coordination Territoriale des Aînés (CTA) Var-Est et au médecin traitant afin qu'elle soit prise en compte ;

- Savoir s'inscrire dans le suivi de la personne âgée : orienter et accompagner la personne âgée dans une démarche de préservation de l'autonomie en tenant compte de ses capacités et de ses limites.

Sur la trentaine de sessions de formation réalisées dans le Var Est, 327 professionnels se sont inscrits, et 282 ont terminé – en sachant que 2 sessions de formation ne sont pas encore achevées. 81% de ces professionnels étaient des aides à domicile et 13% des responsables de secteur. Sur l'ensemble des professionnels ayant achevé la formation, le niveau de satisfaction était très élevé, avec une moyenne de 4.70/5 sur l'ensemble des questions du questionnaire de satisfaction. De nouvelles formations des SAAD au repérage de la fragilité sont prévues pour 2019 sur le Var Ouest.

Enfin, on constate que le nombre de signalements réalisés par les SAAD à la CTA Var Est est en augmentation :



Graphique 19 - Signalement SAAD 2018 à la CTA Var Est

### Axes forts et axes d'amélioration concernant la formation des professionnels



- Une grande **implication** des acteurs de terrain
- La **formation est jugée enrichissante et adaptée**, elle répond aux problématiques des aides de vie.
- La formation **répond à une attente de développement de compétence et de progression dans le métier.**



- Le turnover des SAAD
- Evaluation de l'impact des formations

## b) La formation pluriprofessionnelle des professionnels libéraux au parcours des personnes âgées en perte d'autonomie

Des formations pluriprofessionnelles ont été proposées aux professionnels libéraux du territoire afin de renforcer les actions du programme PAERPA. C'est ainsi qu'au total 33 professionnels de santé libéraux ont été formés, notamment au PPS par des formations de Développement Professionnel Continu avec la participation de la CTA et de la PTA.

La pérennisation du programme PAERPA (voir ci-dessous) devra se corrélér à davantage d'actions de formations envers les professionnels.

## 2.6. Une communication ciblée auprès des professionnels

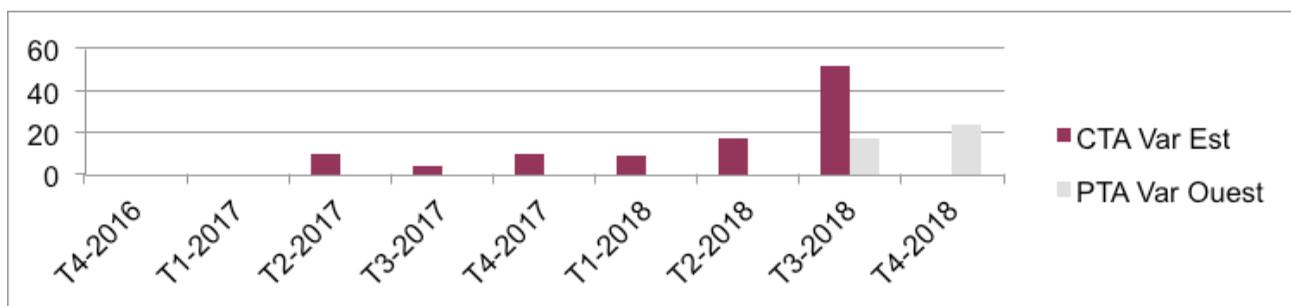
### 2.6.1. De multiples canaux de communication déployés

Le plan de communication élaboré par la DD83 est axé sur les nouveaux services activables par la CTA/PTA à disposition des professionnels de santé libéraux.

Les résultats attendus sont l'augmentation du nombre de sollicitations de la PTA/CTA et l'augmentation de la production de PPS.

La stratégie de communication déployée se base sur divers canaux de communication, mobilisant fortement les partenaires institutionnels, notamment les URPS, le CD et la CPAM.

- **La création d'un kit de communication**, commun entre la CTA Var Est et les PTA PACA, coordonné par l'ARS et en lien avec les partenaires institutionnels (URPS, CPAM, CD, CARSAT), comprenant une plaquette, un flyer mode d'emploi du PPS, une newsletter, un logo, une charte graphique, une plateforme de discours, un kakémono, des goodies (clé USB CTA). Ces supports ont été relayés sur les sites internet des URPS et PTA/CTA ;
- **La création d'une page « Parcours de santé des Aînés du Var-Est »** sur le site de l'ARS PACA présentant les objectifs du programme, les services et les premiers résultats de la démarche
- **La création d'un site internet de la CTA et de la PTA**. Le 4ème trimestre 2018, les sites de la CTA et PTA ont reçu en moyenne 140 visites par mois.
- **L'organisation de réunions de présentation de la CTA/PTA** auprès de ses partenaires, avec l'appui des pilotes MAIA, soit plus de 140 réunions réunissant plus de 1 900 professionnels, des établissements de santé, des structures d'exercice coordonné, des associations d'IDEL, des structures médico-sociales, des travailleurs sociaux du CD, des fédérations des mandataires, de la police municipale, écoles IFSI... ;



Graphique 20 - Nombre d'événements de sensibilisation réalisés par la CTA et PTA par trimestre pour les années 2017 et 2018 (source : plateforme ANAP)

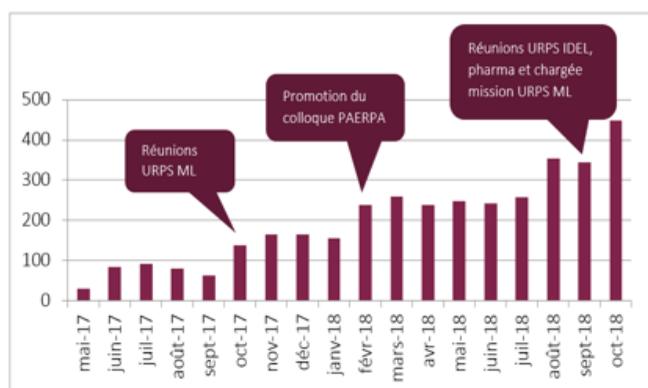
- **L'organisation de réunions de sensibilisation par public cible et zone géographique réalisées par les URPS médecins, pharmaciens et infirmiers**, afin de promouvoir les services de la CTA/PTA et le PPS.
  - L'URPS ML a organisé sur le Var Est 3 réunions en soirées réunissant 24 participants (présence de MT, IDEL, MK) et sur le Var Ouest 1 réunion réunissant 24 participants. Pour le Var Ouest, l'URPS ML a bénéficié d'un financement spécifique dans le cadre d'un CPOM avec l'ARS PACA pour développer une communication de proximité sur les PTA/CTA auprès des médecins libéraux.
  - L'URPS pharmaciens a organisé 18 réunions sur l'ensemble du département réunissant 204 pharmaciens, soit 55% de la totalité des pharmaciens varois.
  - L'URPS IDEL a organisé 17 réunions réunissant 115 participants. Cet investissement et ce travail de communication sont bien perçus par les acteurs de santé du territoire. Comme illustration, sur 78 questionnaires de satisfaction à la suite de réunions de l'URPS Infirmiers, 98% des participants se déclarent satisfaits des supports et de l'information, et à l'avenir 97% vont recourir à la CTA ou PTA 88% souhaitent initier des PPS.
  - Par ailleurs, la CTA a organisé 3 soirées interprofessionnelles sur la Dracénie en lien avec des médecins généralistes de la zone et leurs collaborateurs, réunissant 54 participants (médecins, infirmiers, kinés).
- **La visite des médecins généralistes du territoire** : l'URPS ML a recruté 2 déléguées médicales pour réaliser une visite en porte à porte de l'ensemble des généralistes du Var. A décembre 2018, plus de 600 médecins varois ont été visités, 90% des médecins généralistes du Var Est et 38% sur le Var Ouest (en cours jusqu'à mai 2019) ;
- **L'organisation d'un colloque départemental Parcours de santé des Aînés Var**, organisé par la DD et la CTA en avril 2018, avec la participation de la DSS, réunissant 400 professionnels varois (libéraux, sanitaires, sociaux et médico-sociaux) afin de présenter et échanger sur les premiers résultats du dispositif ;
- **La communication d'évènements auprès des médias locaux**, deux articles publiés dans Var Matin, suite à des évènements (le colloque PAERPA d'avril 2018 et le séminaire Parcours de soins organisé par l'association IDEL du Golfe de St Tropez) ;
- **La création de vidéos marketing de la CTA/PTA** (réalisée en 2019) ;

Par ailleurs, la CPAM a diffusé un mail auprès des 7 031 professionnels de santé libéraux du Var (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, MSP, Centre de santé) sur la mise en place de la CTA/PTA et communique sur la liquidation du PPS via les conseillers informatique services (CIS).

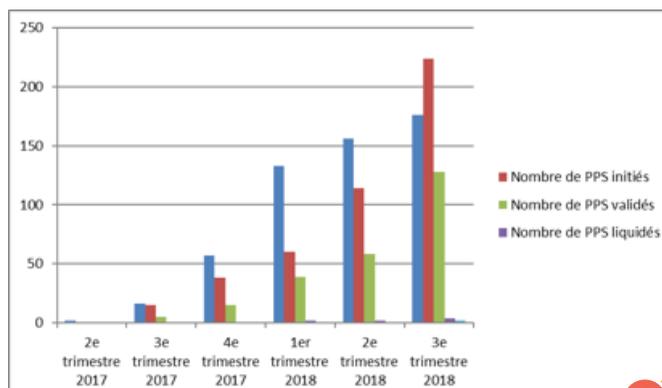
Cette communication a eu des effets sur la hausse des sollicitations de la PTA Var Ouest entre juillet et novembre 2018. Les sollicitations des médecins traitants ont augmenté de 5,89%, des infirmiers/pharmaciens/kinés de 11,61%, des établissements de santé et professionnels non libéraux de 36,75%, des personnes âgées/entourage de 45,75%.

Du côté de la CTA Var Est, les temps forts de la communication ponctuent les évolutions croissantes des sollicitations et PPS :

*Graphique 21 - Evolution du nombre de sollicitations à la CTA de mai 2017 à octobre 2018 (nombre de sollicitations par mois) en fonction des actions de communication*



*Graphique 22 - Evolution du nombre de PPS à la CTA dans le temps (nombre de PPS initiés, de PPS validés par le médecin traitant, de PPS liquidés)*



Le montant alloué à la CTA Var Est pour la communication était de 80 000€ en 2017 et de 20 000€ pour l'année 2018. Les URPS se sont vu allouer en 2018 respectivement 17 300€ pour l'URPS ML, 11 000€ pour l'URPS IDEL et 8 200€ pour l'URPS Pharmaciens.

Le montant alloué à la PTA Var Ouest pour la communication était de 20 000 € en 2017 et de 5 000 € en 2018. Les URPS se sont vu allouer en 2018 respectivement 37 860€ pour l'URPS ML, 22 000€ pour l'URPS IDE et 16 000€ pour l'URPS Pharmaciens.

## 2.6.2. Les supports de communication sur le parcours de santé par pathologies gériatriques

Les professionnels du Var Est ont réalisé des supports de communication sur le « parcours de santé » selon des pathologies définies, la maladie d'Alzheimer et apparentée, l'oncogériatrie, les soins palliatifs, et la gérontopsychiatrie. L'objectif de cette action est de répondre aux enjeux stratégiques d'organisation des parcours de santé, en apportant aux professionnels de santé et au public, une information et un soutien dans la prise en charge de certaines pathologies, en améliorer la lisibilité des parcours de soin. Cette action a été menée et suivie par le pilote MAIA Var Estérel. Une enveloppe budgétaire (FIR régional) de 5208€ a été attribuée sur 2016 pour le financement de la réalisation de ces supports.

Les plaquettes ont été distribuées aux différents partenaires : foyers logements, mairies, EHPADs, CCAS, des cabinets libéraux, SSR, Centre mémoire, professionnels libéraux (médecins, infirmiers...), des ESA (Equipe Spécialisées Alzheimer) ... La plaquette concernant l'oncogériatrie a été reportée dans l'attente de la finalisation d'un projet GHT.

### Axes forts et axes d'améliorations concernant les supports de communication



- Une **forte mobilisation** de la CTA et de la PTA
- Des **supports de communication et outils réalisés le plus souvent en co-construction** avec les partenaires institutionnels et en lien avec l'ARS
- Une communication facilitée par l'ancrage territorial des acteurs et l'appui des pilotes MAIA
- Une **adhésion au programme et une grande implication** des URPS (conception des supports/outils, diffusion, organisation des réunions de sensibilisations), ainsi que de la CPAM pour la diffusion de l'information
- Un colloque PAERPA réunissant 400 participants en 2018
- Des réunions de sensibilisation par les URPS jugées enrichissantes et répondant aux attentes
- Une progression du nombre de sollicitations et des PPS, suite aux réunions de sensibilisations, témoignant l'appropriation progressive du dispositif par les professionnels



- Information et rencontres régulières des professionnels sur la plus-value de la CTA/PTA et de ses services
- Organisation de réunions d'information pluri-professionnelles sur des micro-territoires (PSL, ES, TS, HAD)
- Communication sur l'avancée et les impacts des différents dispositifs auprès des médias locaux

## 2.7. Les outils d'échange numérique au service de la coordination

### 2.7.1. L'outil régional de coordination

L'outil régional dédié à la coordination se nomme « TERCO » (Terminal de Coordination). Il est déployé par le GRADeS PACA et est utilisé par la majorité des dispositifs d'appui à la coordination. Dans le cadre du déploiement du programme PAERPA dans le département, ce logiciel a été adapté. Le logiciel facilite les échanges et la communication entre les acteurs des PTA/CTA, permet d'enregistrer l'équipe de soins de proximité en lien avec le ROR et d'initier la notion de consentement des patients.

Cependant, le logiciel a des limites dans la mesure où il ne permet pas l'interopérabilité du système avec les SI des professionnels de santé, et plus généralement, l'accès au service pour les acteurs du parcours externes à la PTA/CTA.

Compte de tenu de l'ensemble de ces éléments, le retour d'expérience PAERPA conjugué à l'analyse menée dans le cadre de la stratégie régionale e-Parcours, l'ARS a validé le remplacement de TERCO par une solution industrielle, via le marché cadre national (en cours) piloté par la DGOS et la ResaH et dédié à la fourniture de solutions numériques d'appui à la coordination. L'interdépendance des plannings et le retard du marché cadre SNACs ont sensiblement freiné le volet SI de l'expérimentation PAERPA et sa composante « coordination ».

### 2.7.2. La messagerie sécurisée

Plusieurs services de messagerie sécurisée présents sur le territoire : Médimail, MSSanté et Apycript. A ce jour Apycript, dans les versions déployées localement, ne permet pas de d'échanger dans l'espace de confiance MSSanté.

Dans le cadre des recommandations nationales et en réponse à l'instruction N° DGOS/PF5/2017/11, le projet de déploiement des usages de la MSSanté présenté par l'ARS PACA a été retenu par la DGOS.

Les usages ciblés dans la réponse de l'ARS portent sur la transmission :

- Des lettres de liaison de l'Hôpital vers la Ville;
- Des résultats de biologie médicale vers la Ville;
- Des CR de passage aux urgences vers la Ville;
- Des CR d'anatomopathologie.

Il convient de profiter de la généralisation de PAERPA sur l'ensemble du Var pour créer des MMSanté pour tous les acteurs œuvrant autour des CTA et PTA. Le projet de déploiement des usages de la MSSanté dans le Var a confirmé que la fluidité des échanges est dépendante de l'intégration forte de la MSSanté dans les systèmes d'information des émetteurs comme dans ceux des receveurs. La diffusion des bonnes pratiques pourra se faire par les formations et lors des rencontres entre professionnels.

### 2.7.3. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Le logiciel TERCO est nativement connecté avec le ROR PACA. L'expérience PAERPA a pu bénéficier de cette interopérabilité à l'époque unique à l'échelle nationale. Le lien entre les professionnels et le patient pris en charge par la CTA et la PTA est systématique dans TERCO.

L'expérience PAERPA à sur ce point permet d'identifier les axes d'amélioration des ROR (Cf. Partie 4).

## 2.7.4. Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Dans le Var, le déploiement a été initié par la CPAM. En novembre 2018, 36 000 DMP ont été créés dont 17 000 par les pharmaciens d'officine. L'expérience PAERPA a permis :

- De renforcer la communication autour du déploiement du DMP dans la continuité de l'action menée par l'Assurance Maladie ;
- De clarifier en partie l'articulation des services e-Parcours et du DMP.

Il convient de poursuivre cet effort de communication commune et homogène avec l'Assurance Maladie s'agissant de la complémentarité fonctionnelle entre le DMP et les services de coordination e-Parcours, sur les plans régional et national.

## 2.8. La télémédecine

### a) La télémédecine en EHPAD

Une **plateforme d'accueil de régulation et d'orientation des demandes d'avis de télémédecine** (télé-expertise) a été mise en place au CHIFSR, au CH de Draguignan et au CH de St Tropez.

Les prestations de télémédecine proposées dans le cadre du projet sont :

- Télé expertise en dermatologie avec envoi d'images,
- Télé expertise en gestion des plaies complexes avec envoi d'images,
- Télé expertise en cardiologie avec envoi d'ECG,
- Télé expertise en rhumatologie,
- Télé consultation en oncologie,
- Télé suivie en oncologie.

Sur 7 EHPADs et 1 USMP, 4 télé-expertises ont été réalisées en 2018. Ces faibles résultats s'expliquent en particulier par le statut essentiellement public des EHPAD engagées et montrent que la pérennisation et l'extension de cet outil devra prendre en compte les recommandations afin de s'ajuster aux besoins.

### b) La télémédecine pour la psychiatrie du sujet âgé

Un projet de télémédecine PSYTEMEDEVE pour la psychiatrie du sujet âgé a été élaboré par le CHI Fréjus Saint Raphaël et validé par l'ARS fin 2018.

Son déploiement doit permettre l'accès aux personnes âgées, isolées et ou présentant des difficultés de déplacement de bénéficiaire d'un avis psychiatrique.

L'équipe mobile psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) souhaite réaliser des téléconsultations à domicile, dans le cabinet du médecin généraliste et en EHPADs, ainsi que de la télé-expertise en EHPADs.

Ce projet a pour objectif de réduire la distance entre le lieu de vie de la personne et le psychiatre.

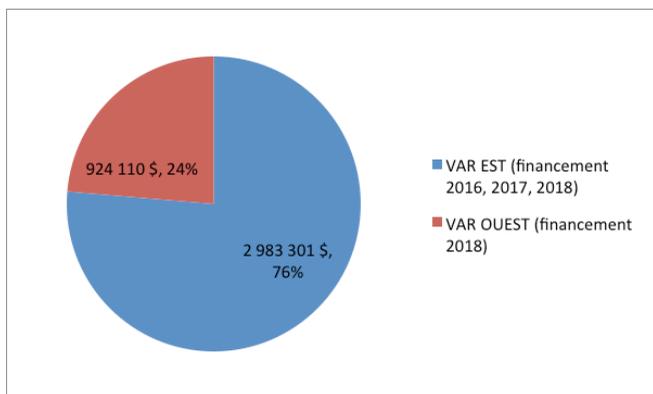
## 2.9. Le bilan financier du dispositif

**Un peu moins de 4 millions d'euros ont été accordés au programme PAERPA de 2016 à 2018** dans le département ; 2 983 301€ pour le Var Est de 2016 à 2018 et 924 110€ pour le Var Ouest en 2018. Les crédits sont issus à 46% des financements alloués par la DSS, à 41% par l'ARS PACA et à 13% par la CNSA pour le financement de formations à destination des professionnels du domicile.

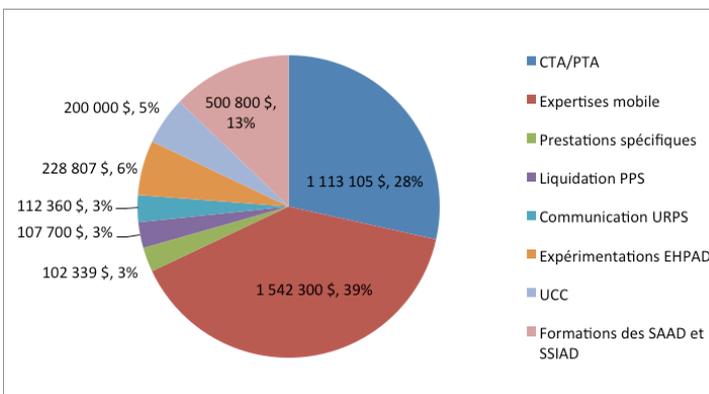
La somme dédiée a été définie sur la base des feuilles de route et validée par la DSS après bilatérale DSS/ARS/DD83 en début de chaque année.

La souplesse du suivi des crédits par les ARS est un atout notamment la possibilité de reporter les crédits et la fongibilité des crédits entre les différentes actions PAERPA.

D'autres financements essentiels à la dynamique du programme n'ont pas été comptabilisés, le budget de la CFPPA pour les actions collectives de prévention ; le budget ARS concernant les expérimentations des structures médico-social (pôles d'activités et de soins adaptés de nuit en EHPAD, SSIAD à amplitude horaire élargie...), le budget DGOS pour le financement du programme e-santé.



Graphique 23 - Répartition des financements par territoire



Graphique 24 - Répartition des financements par grands types d'action pour l'ensemble du département

Les expertises mobiles et les plateformes CTA/PTA sont les premiers postes de dépenses du programme.

## 2.9.1. Var Est

Pour le Var Est, le FIR régional représente 54% des financements (en intégrant l'Unité cognitivo-comportementale), le FIR national PAERPA 38% des financements et les fonds CNSA 8%.

Le 1<sup>er</sup> poste de dépense concerne les expertises mobiles gériatriques et psycho-gériatriques. Elles représentent 41% du budget.

Le 2<sup>ème</sup> poste de dépense est la CTA, 30% du budget. **Rapporté au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire Var Est, le coût de la CTA Var-Est pour 2018 est de 11€ par personne.**

## 2.9.2. Var Ouest

Pour le Var Ouest, le FIR national PAERPA représente 71% des financements et les financements CNSA 29% de l'enveloppe totale.

Le 1<sup>er</sup> poste de dépense concerne l'équipe mobile psycho-gériatrique. Elle représente 36% du budget.

Le 2<sup>ème</sup> poste de dépense est la PTA, 22% du budget.

**Rapporté au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire Var Ouest, le coût complémentaire de la PTA pour 2018 est de 2,2€ par personne. L'intégration de l'ensemble du budget de la PTA Var-Ouest, hors CLIC, porte le coût de la PTA, équipe mobile gériatrique externe inclut, à 8,2€ par personne âgée.**

# 3 • Les premiers impacts du programme PAERPA dans le Var : une prise en charge des PA optimisée, des professionnels mieux impliqués

## 3.1. Une prise en charge de la personne-âgée optimisée tant à l'hôpital qu'à domicile

L'analyse du programme PAERPA dans le département du VAR a montré les incidences positives du programme à deux niveaux : d'une part, la mise en place du programme a un impact positif sur la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital et d'autre part, celui-ci améliore également la prise en charge de la personne âgée à domicile.

### 3.1.1. Une prise en charge optimisée de la personne âgée à l'hôpital : un recours à l'hôpital plus adapté

Un des objectifs du programme PAERPA est d'optimiser la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en réduisant les hospitalisations non justifiées/et non pertinentes tout en augmentant les hospitalisations programmées. Ces différents facteurs permettent d'éviter à la fois d'aggraver **l'état émotionnel** chez les sujets âgés fragiles ou dépendants, mais également de réduire les risques de **déclin fonctionnel et cognitif**. Différents dispositifs de l'expérimentation PAERPA tendent à répondre à cet enjeu.

#### a) Les dispositifs de prévention ont réduit les hospitalisations non pertinentes

Les plateformes d'appui (PTA/CTA), ont mis en place des dispositifs de repérage et prévention permettant de réduire les hospitalisations non pertinentes ne relevant pas d'une prise en charge médicale hospitalière.

##### o Le repérage de la fragilité aux urgences et en court séjour gériatrique

Lors d'un repérage démontrant un état ou un risque avéré de fragilité, une alerte est déclenchée auprès des plateformes d'appuis et ces dernières réalisent un retour d'information au médecin traitant et si nécessaire aux autres acteurs de filière de soins.

Une fois le risque de fragilité déclaré, la CTA évalue la situation et active généralement l'équipe mobile gériatrique externe. Le risque de revenir aux urgences est moindre car les situations à risque peuvent être prises à temps et traitées soit en ville, au domicile ou en programmé dans un établissement de santé.

Les professionnels de ville étant par ailleurs alertés, ils peuvent adapter la prise en charge du patient, par exemple faire un suivi plus régulier ou encore de revoir les prescriptions médicamenteuses.

---

**Les actions de prévention, dans les services d'hospitalisation comme au domicile permettent d'évaluer le risque de fragilité de la personne âgée et de réagir suffisamment en amont pour éviter une hospitalisation**

##### o L'activation d'aides humaines à domicile

Les plateformes d'appui permettent d'éviter notamment des hospitalisations au caractère social, en activant des services d'aide à domicile dans les 4h en cas de défaillance de l'aidant, des évaluations sociales, ou signaler des personnes vulnérables auprès de la cellule écoute et vigilance (difficultés financières, violences conjugales...).

De cette façon il est possible de maintenir à domicile la personne, en l'absence d'un dispositif approprié, la personne âgée serait envoyée à l'hôpital en urgence.

*Les mandataires sont satisfaits de la prestation  
« de nettoyage d'appartement » :  
« les bénéficiaires ont pu continuer leur chemin de vie chez eux »*

### o La prévention des facteurs de risque d'hospitalisation en urgence

Le parcours des personnes âgées peut par ailleurs être influé par des actions de prévention des facteurs de risque d'hospitalisation : la polymédication, la dépression, la dénutrition et les chutes – autant d'événements pouvant amener à une rupture de parcours notamment par des hospitalisations en urgence non justifiées. Le développement des programmes de prévention de la perte d'autonomie contribue à la prévention des hospitalisations.

### o Les astreintes IDE de nuit mutualisées entre plusieurs EHPAD

L'action des astreintes des infirmières de nuit dans 6 EHPADs du Var Est conduit également à une meilleure prise en charge des patients. Elles ont permis d'éviter 38 hospitalisations entre juin 2017 et septembre 2018.

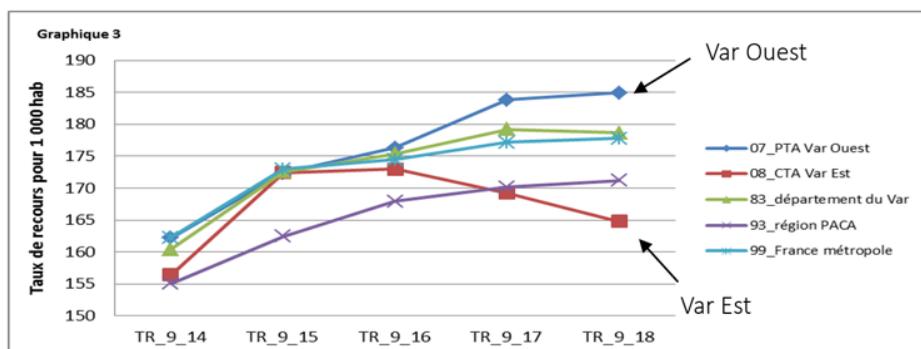
*Cadre de santé de Jean Lachenaud et infirmière participant aux astreintes IDE de nuit : « ce dispositif est une plus-value pour la prise en charge du résident. Il a, dans plusieurs cas, évité l'hospitalisation. On évite ainsi de perturber le résident par le passage aux urgences. »*

*Directrice de l'EHPAD Henri DUNANT : « ce dispositif a apporté un réel bénéfice dans la prise en charge du résident et la continuité des soins. L'aspect économique est très important, car aucun EHPAD ne peut à l'heure actuelle financer un temps infirmier la nuit par établissement. 40 000.00 €/an permettent de rassurer et de stabiliser la prise en charge Ide la nuit pour 4 établissements sur le Var Est et 265 résidents. »*

### b) La diminution des hospitalisations non programmées

La réduction des hospitalisations non programmées est également un facteur clé dans la meilleure prise en charge des personnes âgées. Or, dans le Var Est le taux de recours aux hospitalisations non programmées est en nette diminution en 2018. Il a diminué de 4.7% entre 2016 et 2018.

En revanche dans le Var Ouest, ce taux est en augmentation, de 4.9% entre 2016 et 2018.



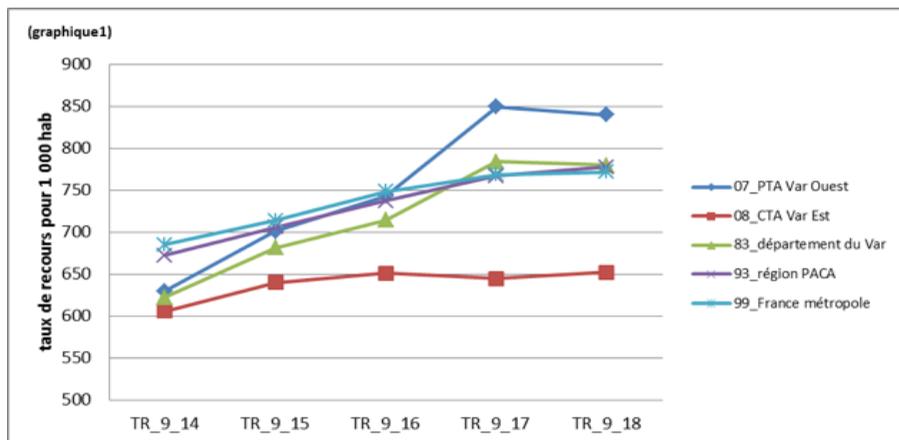
Graphique 25 - Taux de recours aux hospitalisations en MC non programmées pour 1000 habitants de + de 75 ans, sur les 9 premiers mois de 2014 à 2018 (Source : ARS, analyse de données allant de janvier à septembre de 2014 à 2018)

Cette baisse significative du recours aux hospitalisations non programmées pour le Var Est est à mettre au regard de l'évolution du nombre total des hospitalisations complètes des personnes âgées sur la même période légèrement à la hausse. En conséquence outre le taux, c'est la part des hospitalisations non programmées qui diminue. Les données ne permettent pas d'établir de lien de cause à effet mais de formuler des hypothèses : outre la dynamique globale sur le territoire, ce résultat peut être lié aux interventions des équipes mobiles extra hospitalières mais également au travail des astreintes IDE de nuit dans les EHPADs. En effet, ces dispositifs permettent de désamorcer et de gérer des situations complexes pour lesquels, en temps normal, les professionnels libéraux auraient envoyé la personne âgée aux urgences.

**Le taux des hospitalisations non programmées diminue dans le Var Est de 4,7% entre 2016 et 2018**

Une enquête réalisée par l'EMGEH du CHFSR montre qu'entre le 18/09/2017 et le 31/10/2018, les interventions de l'EMGEH ont permis de maintenir à domicile 56% de leurs patients. Côté Var Ouest, 16 hospitalisations programmées ont été organisées par l'expertise gériatrique, à la suite d'une intervention permettant ainsi d'éviter un passage aux urgences inutile et aux conséquences multiples pour le patient.

### c) La baisse des hospitalisations des 75 ans et plus



Graphique 26 - Evolution du taux de recours à l'hospitalisation des 75 ans et plus, 2014-2018

On constate sur les deux territoires une évolution favorable à la baisse des hospitalisations des personnes âgées de 75 ans et plus.

Pour le Var Est, si le nombre de séjours en médecine et en chirurgie pour les 75 ans et plus, a augmenté de 8% entre 2014 et 2016, depuis 2016, il est resté stable.

Pour le Var Ouest, ce taux a augmenté entre 2014 et 2017 de 35%, entre 2014 et 2016 de 18 % (pic en 2017). En revanche, entre 2017 et 2018, ce taux a diminué de 1.1%, marquant une nette inflexion à la baisse. Sur la même période, il a augmenté de plus de 1.4% en région PACA.

**Le nombre d'hospitalisations des plus de 75 ans diminue dans le Var-Ouest et se stabilise dans le Var-Est.**

**La réduction des hospitalisations non pertinentes a des conséquences extrêmement bénéfiques pour l'usager il paraît également intéressant de relever le gain financier que représente cette diminution des hospitalisations.** Selon l'étude nationale des coûts, le coût moyen en médecine était de 2 456 € en 2016. Une première estimation de gain financier peut-être réalisée au travers de deux dispositifs: les astreintes IDE de nuit en EHPAD qui a permis d'éviter 38 hospitalisations entre juin 2017 et septembre 2018, et l'EMGEH du CHFSR qui a réalisé 242 maintiens à domicile entre septembre 2017 et octobre 2018 (pouvant être considérés comme des hospitalisations évitées). Le gain financier brut est de 645 544€ (280 X 2456 €). Le coût annuel de l'EMGEH étant de 507 000€, celui de l'astreinte de 40 000€, l'économie nette réalisée est de l'ordre de 98 544 €.

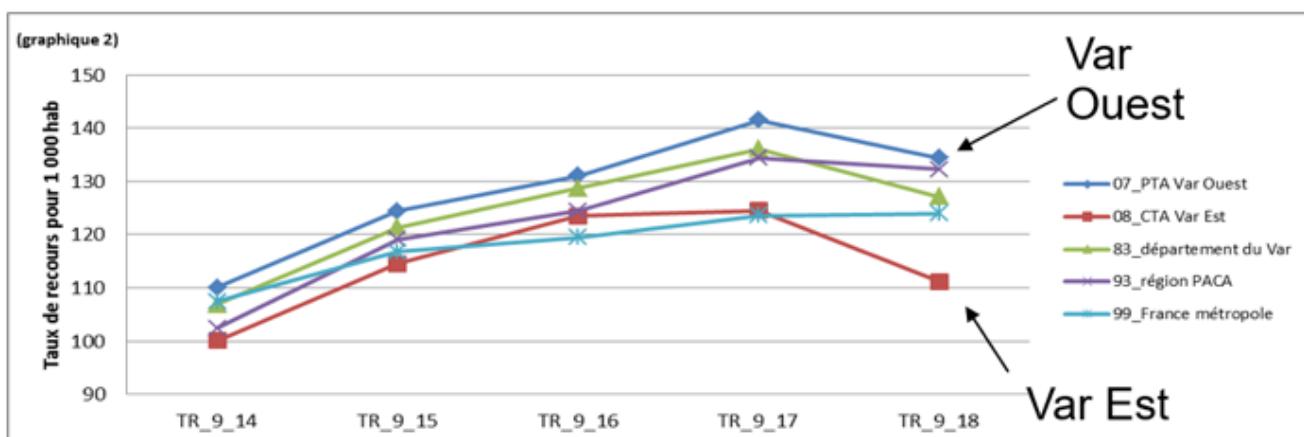
## 3.1.2. Une meilleure prise en charge du patient hospitalisé, avec des bénéfices à long terme

### a) Une prise en charge optimisée de la personne âgée aux urgences

Le repérage de la fragilité réalisé par les urgentistes, permet non seulement de renforcer la pertinence du recours à l'hôpital mais également d'obtenir une meilleure prise en charge globale du patient, avec des bénéfices à long terme.

Il convient tout d'abord de relever que les taux de recours aux urgences (non suivis d'une hospitalisation) chutent pour le Var entre les 9 premiers mois de 2017 et ceux de 2018. Ce taux baisse de 11% pour le Var Est et de 5% pour le Var Ouest.

Cette baisse conséquente dans le Var Est peut être affectée au travail de repérage de la fragilité réalisée à la fois par les équipes intra hospitalières mais également par les équipes mobiles du territoire, les plateformes d'appui et au décloisonnement ville-hôpital qu'elles génèrent.



Graphique 27 - Taux de recours aux urgences des PA non suivis d'une hospitalisation, pour 1000 habitants de + de 75 ans, sur les 9 premiers mois de 2014 à 2018

Pour la personne âgée arrivant aux urgences, la prise en charge est devenue plus qualitative dans le Var, et ce via différents indicateurs (repris pour chaque centre hospitalier dans le tableau ci-dessous) :

- La réduction globale de la **durée moyenne de passage aux urgences** des PA démontre une meilleure prise en charge ainsi qu'une acculturation gériatrique des urgentistes. A noter que 4 établissements de santé du Var (sur 8) sont en dessous de la moyenne régionale de 5h50 en 2017.
- L'évolution des **retours à domicile** (+16,6% entre 2016 et 2018) ainsi que la part de passages avec une durée inférieure à 4H (moyenne régionale à 41% en 2017) traduisent, une meilleure prise en charge ainsi qu'une acculturation gériatrique des urgentistes – bien que l'on puisse également suggérer que cette évolution peut être mise en parallèle avec la « lourdeur » des patients, ceux-ci arrivant peut être avec des états de santé moins difficiles à traiter ou diagnostiquer, et donc pouvant plus facilement repartir à leur domicile.

Les retours à domicile représentent en moyenne 39,5% des passages aux urgences (moyenne nationale 44%). Ce taux a augmenté de plus de 16% en un an au CHI de Fréjus-St Raphael. Cela démontre globalement un réel effort de la part des urgentistes et une réelle compréhension des enjeux gériatriques ; mais également qu'un travail de fond est réalisé en amont par les différents acteurs de ville afin que ne soient adressés que des personnes âgées représentant de « réelles urgences ».

**Le taux de recours aux urgences diminue dans le Var-Est de 11% entre 2017 et 2018**

L e s

Tableau 3 - Analyse des passages aux urgences des CHs du Var Est pour les personnes âgées de 75 ans et plus, 2016-2018 (Source : PMSI CH Dracénie et CHI Fréjus St Raphael, 2018)

	CH Fréjus-St Raphael	CH de la Dracénie
Nombre de passages de 75 ans et + tous SU (RPU) - 2018	8 070	5 390
Evolution du nb entre 2016 et 2018	2,3%	-3,5%
Evolution du nb entre 2017 et 2018	5,9%	-4,3%
Dont % de RPU la nuit (20h-08h)	23,4%	23,3%
Dont % de RPU le week-end (samedi + dimanche)	26,9%	30,2%
Durée moyenne de passage (en heure)	6h09	6h12
Evolution de la durée moyenne entre 2016 et 2018	-6,1%	-44,7%
Nombre de RPU dont la durée de passage est inférieure à 4h	30,4%	26,6%
Nombre de retour domicile	40,6%	38,4%
Evolution des RAD 2016-2018	16,4%	-26,3%

Tableau 4 - Analyse des passages aux urgences des CHs du Var Ouest pour les personnes âgées de 75 ans et plus, 2016-2018 (Source : PMSI 2018)

	CH Hyères	CHITS La Seyne	CH Brignoles	CHITS Ste Musse	POL Malartic d'Ollouilles	HIA Ste Anne
Nombre de passages de 75 ans et + tous SU (RPU) - 2018	7 061	5 757	4 859	10 682	1 610	6 281
Evolution du nb entre 2016 et 2018	5,3%	8,7%	6,7%	0,7%	-5,6%	-4,2%
Evolution du nb entre 2017 et 2018	5%	3%	1%	0,3%	-2,1%	-13,8%
Dont % de RPU la nuit (20h-08h)	23,7%	24,2%	24,9%	25,6%	9,5%	20,5%
Dont % de RPU le week-end (samedi + dimanche)	26,5%	28,3%	29%	26,5%	22,5%	26,4%
Durée moyenne de passage (en heure)	5h42	6h	5h	7h42	3h	5h
Evolution de la durée moyenne entre 2016 et 2018	-25,9%	-1,9%	12,7%	-8%	30,4%	4,7%
% de RPU dont la durée de passage est inférieure à 4h	32,4%	34,8%	42,6%	26,7%	76,9%	33,7%
Nombre de retour domicile	35,4%	46,9%	46,8%	38,5%	77,8%	47,9%
Evolution des RAD 2016-2018	-0,3%	11,9%	7,9%	4,7%	-5,1%	82%

Le nombre de passage aux urgences non suivis d'une hospitalisation pour les 75 et plus a diminué. Pour le Var Est, le taux a diminué de 10.8% contre -1.1% pour la région PACA. Entre 2017 et 2018, il en est de même, pour le Var Ouest le taux a diminué de 5%.

L'évolution de ces différents facteurs supposent encore une fois une acculturation gériatrique qui peut par ailleurs être liée au travail de repérage de la fragilité réalisé par les équipes mobiles mais également à un meilleur lien avec la ville.

## b) Une durée moyenne de séjour (DMS) en diminution

La réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) illustre également une meilleure prise en charge de la personne âgée à l'hôpital. Cette réduction peut être notée aux urgences, comme indiqué ci-dessus, mais également dans les différents services.

Tableau 5 - Les dispositifs déployés au sein du programme PAERPA dans le département du VAR

Indicateurs		Var Est		Var Ouest	
		CH Fréjus - St Raphael	CH Dracénie	CH St Tropez	CH Brignoles
Cardiologie	DMS	5,7	6,08		
	% d'évolution 2016/2018	0%	0,20%		
Pneumologie	DMS	7,7	8,47		
	% d'évolution 2016/2018	-4%	-10%		
Orthopédie	DMS	6,6	60,8		
	% d'évolution 2016/2018	-24%	4%		
Médecine polyvalente	DMS	med interne et poly :10,8	9,48	9,77	
	% d'évolution 2016/2018	16%	0,40%	7%	
Gériatrie	DMS	n/a ?????	10,28		
	% d'évolution 2016/2018	n/a ???	1%		
Chir Ortho	DMS				7,99
	% d'évolution 2016/2018				4%
Med A	DMS			11,74	5,87
	% d'évolution 2016/2018			16%	-3%
Med B et C	DMS				7,9
	% d'évolution 2016/2018				-1%

Cette réduction de la DMS dans un certain nombre de services peut être reliée au travail de repérage de la fragilité dans les services, amenant progressivement à une acculturation aux enjeux gériatriques des équipes hospitalières. Une autre explication de cette réduction est la mise en place du programme PRADO personnes âgées, qui sera explicité ci-après.

La réduction de la DMS peut à la fois conduire à une meilleure prise en charge du sujet âgé via une sortie et un retour à domicile mieux planifiés et plus rapides – impliquant par ailleurs une **prise en charge globale plus à l'écoute des enjeux gériatriques, mais également réduire les risques iatrogéniques hospitaliers**. Une DMS plus courte permet d'accueillir davantage de patients en attente de soins.

### c) L'évaluation gériatrique standardisée : un outil efficace permettant de cibler les personnes âgées à risque

Le travail d'acculturation à la gériatrie des établissements de santé par les équipes mobiles intra hospitalières est une réussite. Il comprend plusieurs volets dont une formation au repérage de la fragilité et à l'usage de l'outil TRST en gériatrie

L'évaluation gériatrique standardisée (dont l'un des outils est le TRST) est une évaluation multidimensionnelle et interdisciplinaire du sujet âgé fragile, qui permet de détecter des pathologies traitables passées inaperçues, et d'évaluer les problèmes psycho-sociaux et fonctionnels chez le sujet âgé. A la suite de cette évaluation, un projet de traitement et de suivi à longue durée est proposé en tenant compte des réalités personnelles et des besoins des patients. Ces évaluations permettent ainsi de réduire le déclin fonctionnel et la perte d'autonomie, mais également de réduire le taux d'hospitalisation et de diminuer la survenue d'effets secondaires médicamenteux sévères.

C'est un outil efficace, permettant de cibler les personnes âgées à risque, qui est utilisé aujourd'hui par l'équipe mobile gériatrique interne du CH de la Dracénie. De mai 2017 à octobre 2018, au CH de la Dracénie, 1 464 TRST ont été réalisés pour les personnes âgées hospitalisées en unité d'hospitalisation de très courte durée et en unité de gériatrie aigüe, soit 32% des personnes âgées évaluées par l'antenne de gériatrie du Centre Hospitalier. L'objectif est de déployer plus largement au sein du CHD et au CHIFSR.

### d) Amélioration de la sortie d'hospitalisation

La sortie d'hospitalisation est un temps déterminant pour le parcours du patient. En effet, le retour à domicile, à la suite d'une sortie d'hospitalisation, peut s'avérer difficile du fait de la fatigue, d'un état de santé encore fragile. A cela s'ajoute une implication directe sur les risques de réhospitalisation, dont les enjeux ont été explicités précédemment. Ainsi, la bonne préparation/amélioration de la sortie doit constituer une préoccupation majeure des équipes hospitalières.

Dans ce but, différents dispositifs ont été mis en œuvre :

- o **Le repérage de la fragilité dans les services**, qui contribue ainsi à une meilleure organisation de la sortie d'hospitalisation en lien avec les acteurs impliqués, y compris en ville.

- o **Les expertises gériatriques à domicile**, qui contribuent à une diminution des ré hospitalisations du fait d'un maintien du lien thérapeutique à la sortie de l'hospitalisation. C'est ainsi que l'ex-réseau gériatrique est parfois sollicité pour évaluer la pertinence et le bon déroulement des actions mises en œuvre par le service hospitalier, dans des situations fragiles avec souvent un isolement socio-familial et un contexte de précarité.

- o **Le programme PRADO personnes âgées**, qui améliore l'efficacité de la sortie d'hospitalisation. Il permet un accompagnement à la fois sanitaire et social auprès du patient, en prenant contact avec le médecin traitant mais également avec l'ensemble des professionnels libéraux dont le patient nécessite l'attention.

Les bénéfices de ce programme sont doubles. En intra hospitalier, le PRADO permet d'apporter des solutions aux médecins dont les services sont embolisés, faute de sorties possibles du fait d'éléments sociaux autour du domicile du patient. L'intervention du PRADO permet une sortie optimisée et plus rapide du patient, permettant de faciliter les sorties des services et de réduire les DMS. Pour le patient âgé, il s'agit d'une réelle opportunité pour une sortie optimale avec un bon suivi permettant d'éviter les réhospitalisations. **A noter que sur les 422 patients pris en charge par le programme PRADO personnes âgées sur l'ensemble du Var, seulement 9% ont été réhospitalisés.** La mise en place d'une procédure PRADO PA/CTA/PTA est pour les hôpitaux une garantie de simplicité et d'efficacité. Cette collaboration CPAM/ARS est rarement observée sur les territoires PAERPA.

---

**L'amélioration de la sortie d'hospitalisation des personnes âgées permet une prise en charge optimisée en ville ou au domicile, et un risque de réhospitalisation réduit**

## e) La réduction des réhospitalisations

L'indicateur de réhospitalisation à 30 jours, évalue la qualité de la prise en charge des patients par les acteurs de la médecine de ville et la coordination ville-hôpital au niveau d'un territoire. Les réhospitalisations sont d'autant plus fréquentes que le taux est proche de 100. Si les indicateurs de réhospitalisation à 3 jours et 7 jours s'intéressent principalement à la qualité de prise en charge intra hospitalière, le taux à 30 jours couvre la prise en charge par l'ensemble des acteurs et leur niveau de coordination suite à une hospitalisation, car représentant un facteur clé pour le parcours de soins, au long court, du patient.

La réduction des réhospitalisations représente un réel apport pour le patient car elle permet d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge et éviter leur réhospitalisation.

Les dispositifs suivants, jouent un rôle clé quant à cet aspect d'amélioration de la prise en charge.

- **Les actions de prévention de la dépendance nosocomiale**, via des actions de formation, la réduction des événements indésirables liés à des pratiques inadaptées notamment – toutes liées à un effort de coordination
- **Le dispositif PRADO personne âgée**, qui permet d'améliorer les sorties et de réduire les réhospitalisations.
- **L'EMGEH**, dispositif pour lequel il est intéressant de relever que sur l'ensemble des patients ayant nécessité l'intervention de l'EMGEH, les hospitalisations à 30 jours après la visite à domicile sont relativement mineures.

Une analyse a été menée par l'antenne de l'EMGEH du CH de la Dracénie sur ces hospitalisations. Sur 519 patients en 2018, 14 patients ont été hospitalisés en hospitalisation programmée après le passage de l'EMGEH, et 23 en hôpital de Jour (HDJ). Un constat est que la demande en HDJ a augmentée pour prise en charge de maladies chroniques mal évaluées à domicile dans le but de limiter les hospitalisations non programmées. Second constat, les hospitalisations concernent moins de 7% des patients pris en charge par l'antenne.

Le même constat peut être dressé pour l'antenne du CH de Fréjus-St Raphael, pour laquelle seulement 10% des patients ont été hospitalisés à 30 jours (44 patients). Parmi ces patients hospitalisés, 89% sont en GIR 4 et 5, 90% des patients chuteurs et seulement 7% ont été hospitalisés pour des motifs identifiés lors de l'intervention de l'EMGEH. On constate ainsi l'efficacité de l'intervention de l'équipe mobile qui permet de réduire les hospitalisations évitables.

---

**Seulement 7% des patients pris en charge par l'antenne CHIFSR de l'EMGEH sont hospitalisés après 30 jours pour des motifs identifiés lors de son intervention**

### 3.1.3. Une meilleure prise en charge globale pour le patient à domicile

Les différents dispositifs mis en place dans le cadre du programme PAERPA démontrent des effets bénéfiques pour le patient : son suivi est mieux ciblé, les soins et les services sont plus accessibles et coordonnés.

#### a) Un suivi mieux ciblé pour les patients à l'écart du système de soins

Les différents dispositifs mis en place dans le cadre de l'expérimentation PAERPA ont permis, dans leur grande majorité, un meilleur suivi des personnes âgées du Var sur l'ensemble de leur parcours de soins, tant à la ville qu'à l'hôpital, notamment pour la population la plus éloignée du système de soins, du fait de la sous dotation en offre de soins mais également en raison d'enjeux médico-sociaux.

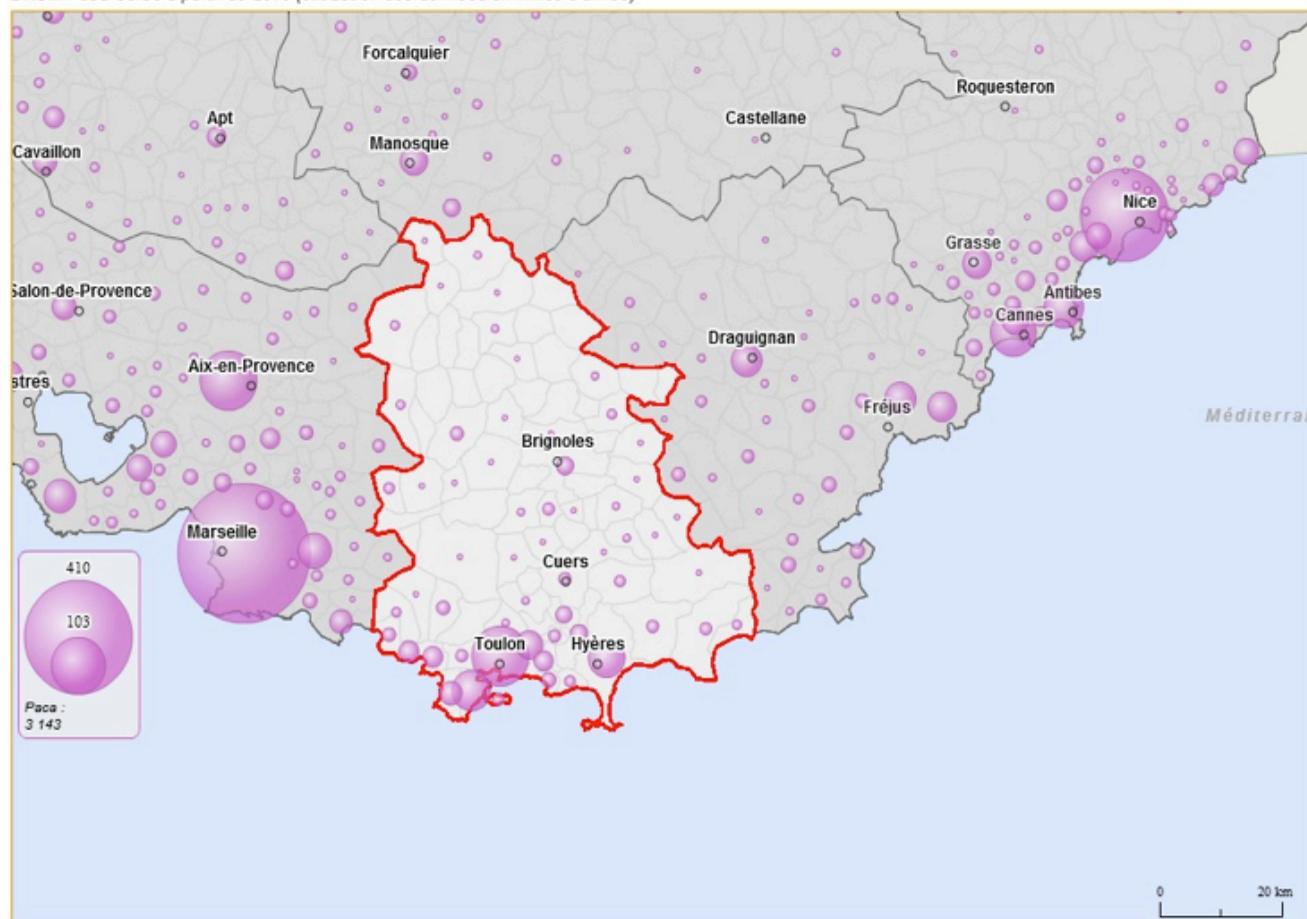
En effet, concernant l'accès aux soins, si la densité de médecins généralistes est légèrement supérieure sur le territoire (109.1 médecins généralistes pour 100 000 habitants) à la moyenne régionale, elle est répartie de manière très inégale sur le territoire (comme indiqué sur la carte ci-dessous).

En 2017, 58% des médecins généralistes libéraux dépassent les 55 ans, un chiffre particulièrement préoccupant pour l'avenir.

De plus la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes tend à se restreindre.

**L'ensemble des dispositifs PAERPA permettent de prendre en charge des patients éloignés du système de soins**

**Nombre de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus, 2017** - source : ARS Paca jusqu'à 2012 (extraction des données en début d'année), DRSM Paca-Corse à partir de 2013 (extraction des données en milieu d'année)



© ORS PACA - IGN GéoFia - Commune au 1er janv. 2017

Carte 4 - Nombre de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus, 2017

<sup>10</sup> Source ARS Paca / DRSM Paca-Corse

Les équipes mobiles extra hospitalières, notamment de l'EMGEH et de l'EMPSA, ont permis de cibler une population de patients qui pouvaient se situer hors du système de soins : leurs interventions ont facilité l'accès aux soins. Par ailleurs, les équipes mobiles suppléent à une démographie médicale en diminution et interviennent auprès d'une population aux problématiques sociales complexes. Ces nouvelles modalités de prise en charge représentent alors un enjeu majeur pour la qualité de vie de nombreux patients, ayant notamment des problèmes de mobilité et de dépendance.

*De la part du psychiatre de l'EMPSA*

**« Il semblerait que les situations pour lesquelles nous sommes intervenues sont des situations qui, auparavant, se dégradait progressivement avec des troubles somatiques qui finissaient par nécessiter une hospitalisation en urgence MCO avec une situation sociale délicate et l'impossibilité d'un retour à domicile ».**

Ainsi, ces expertises mobiles permettent non seulement d'accompagner des patients non suivis jusqu'alors mais également de les accompagner dans un temps long, soit par un suivi régulier, soit par des orientations pour la suite de leurs parcours de soins.

Le suivi des personnes âgées est donc continu, ciblé et tangible pour la personne.

## **b) Une plus grande accessibilité à certains soins et services**

Outre la possibilité d'un suivi renforcé et davantage ciblé, les dispositifs de l'expérimentation PAERPA facilitent également, pour les usagers, l'accessibilité à certains services. Le rôle de coordination et de centralisation de l'information et d'orientation des PTA et CTA est majeur. Sans ces plateformes, l'accessibilité à certains soins et services sera contraint.

L'intervention des équipes mobiles au domicile, les dispositifs au sein des EHPADs tels que le PASA de nuit, les IDE d'astreinte, les soins dentaires sont autant de dispositifs qui ont été mis en place dans le cadre du programme PAERPA dans le VAR et qui ont bénéficié à une population qui n'en avaient pas l'usage auparavant.

Les apports sont multiples pour les usagers. Tout d'abord, ces dispositifs permettent d'offrir des spécialités non présentes jusque là en ville. C'est le cas notamment via les interventions des équipes mobiles, d'un apport d'expertise en ville ainsi que dans les EHPADs grâce à la télémédecine notamment. C'est ainsi que selon l'EMGEH, « les familles estiment que cette évaluation est indispensable au médecin traitant qui n'a plus souvent la disponibilité de se rendre à domicile pour voir évoluer le patient dans son environnement ».

Cette accessibilité renforcée représente également un facteur d'apaisement pour les usagers. En effet, l'expertise permet aux personnes âgées d'obtenir davantage de soutien, mais également d'informations et de conseils quant à leur situation individuelle (selon les rapports EMPSA, EMGEH et EMGP). Cela permet à la fois de rendre le maintien à domicile plus pérenne, de rassurer et de reconforter la personne âgée mais également de limiter les risques d'épuisement de l'aidant.

Cette sécurisation est également présente en EHPADs, via les différents dispositifs en place (PASA de nuit, télémédecine, IDE d'astreinte de nuit...). En plus de sécuriser le patient et son entourage, ces dispositifs sécurisent également le personnel soignant de la structure – un point qui est traité dans un chapitre sur les impacts de l'évaluation sur les pratiques professionnelles.

*De la part d'un médecin traitant : « Le frein du fils et de l'époux de ma patiente a été levée par la PTA pour permettre la mise en place d'aides »*

*De la part d'une infirmière libérale : « Ce que je peux vous dire en temps qu'infirmière libérale c'est que la plate-forme d'appui est d'une très grande aide pour la gestion de situations complexes et ou urgente. À chaque fois les infirmières coordinatrices ont vraiment fait preuve de réactivité et de professionnalisme. Si elles n'avaient pas été là la mise en place de rendez-vous ou l'organisation des divers acteurs auraient été plus longues. »*

*De la part d'aidants : « Personne très à l'écoute de mes difficultés d'aidant et réel soutien pour moi »  
« Elle m'a permis de mieux comprendre la nécessité des aides et m'a rassuré »  
« Vous m'avez informé sur une aide momentanée que je ne connaissais ne connaissait pas du tout »*

*De la part d'usagers :*

**« Vous m'avez informé sur une aide momentanée que je ne connaissais pas du tout »**

*De la part de médecins traitants :*

**Dr. B, médecin traitant de Mme V. qui a bénéficié d'une chambre relai en urgence dans les suites de l'hospitalisation de son mari : « bravo à l'accueil de l'EHPAD et à la réactivité de la CTA qui a permis de rassurer Mr V. pour pouvoir se soigner et a évité l'hospitalisation de sa femme. »**

*Mme C, infirmière libérale :*

**« je suis très satisfaite de la prise en charge de la CTA, ma patiente va pouvoir rester chez elle avec les aides mises en place. »**

*De la part d'une aidante et d'un usager :*

**Marguerite, épouse de Mr A, 67 ans, trouble cognitif : « depuis votre prise en charge, je peux continuer à m'occuper de mon mari à la maison en toute tranquillité, je ne voulais pas le mettre en EHPAD ». Actions mises en place par la CTA avec les partenaires : adaptation du logement suite à la visite de l'ergothérapeute, l'ESA, et révision du plan d'aides APA.**

**Hervé, petit-fils de Mr L, 81 ans : « je me permets également de réitérer mes remerciements sur le service que vous offrez dans ces circonstances qui sont aussi surprenantes (dans le sens où je n'en supposais même pas l'existence que précieuses. »**

### **c) Une prise en charge transversale et coordonnée**

Un dernier point à souligner quant à l'intérêt de ces dispositifs pour les usagers est le renforcement d'une prise en charge transversale et coordonnée au domicile du patient. Une bonne coordination des professionnels autour des personnes âgées maintenus à domicile permet de renforcer tous les mécanismes de prévention, de soins et d'accompagnement du sujet âgé. C'est ainsi que l'évaluation et le suivi pluriprofessionnel des personnes âgées fragiles peuvent réduire leurs risques de dépendance, d'hospitalisation et d'admission en EHPAD. Une coordination efficace permet ainsi de réagir rapidement et efficacement en cas de changement de l'état de santé de la personne, via un partage d'informations et des actions en découlant pertinentes.

L'ensemble des dispositifs tendent à cet objectif de coordination.

Peuvent être cités les IDE d'astreinte de nuit mutualisées, le PPS et de manière plus globale le rôle des plateformes territoriales d'appui des deux territoires du Var.

La mise en place du PPS PAERPA a également permis de sécuriser le maintien au domicile de personnes dépendantes, de rassurer les aidants voire de les soutenir, et d'anticiper un certain nombre d'actions comme l'initiation de mesures de protection, l'orientation en EHPAD lorsque l'on arrive au bout du maintien au domicile. Ces actions ont été réalisées en collaboration avec les professionnels de premier recours. On peut considérer que toutes les actions mises en place dans le cadre des PPS contribuent à diminuer les hospitalisations.

Pour l'utilisateur, sa prise en charge en est d'autant plus efficace et adaptée à sa situation personnelle. Comme l'illustre le dispositif de signalement par les services d'urgence permettant de repérer les personnes âgées de 75 ans et plus, présentant un facteur de risque de vulnérabilité (selon la grille HAS d'inclusion dans un PPS PAERPA). Ainsi, la CTA reçoit le signalement et peut entrer dans le parcours de santé de la personne avant la rupture (l'hospitalisation). Ce dispositif a permis de repérer très tôt la personne âgée à risque de perte d'autonomie (voir chapitre spécifique : repérage). En outre, le facteur majeur est la nécessité de mettre en place un système d'information performant pour améliorer le partage d'informations entre le service des urgences et la CTA, mais également entre les Centres Hospitaliers de la Dracénie et de Fréjus-St Raphaël. Résoudre cet enjeu de fonctionnement du système d'information permettrait d'éviter un nombre conséquent de ruptures de soins, pouvant avoir des conséquences importantes pour le sujet âgé, tant pour sa santé mentale que physique.

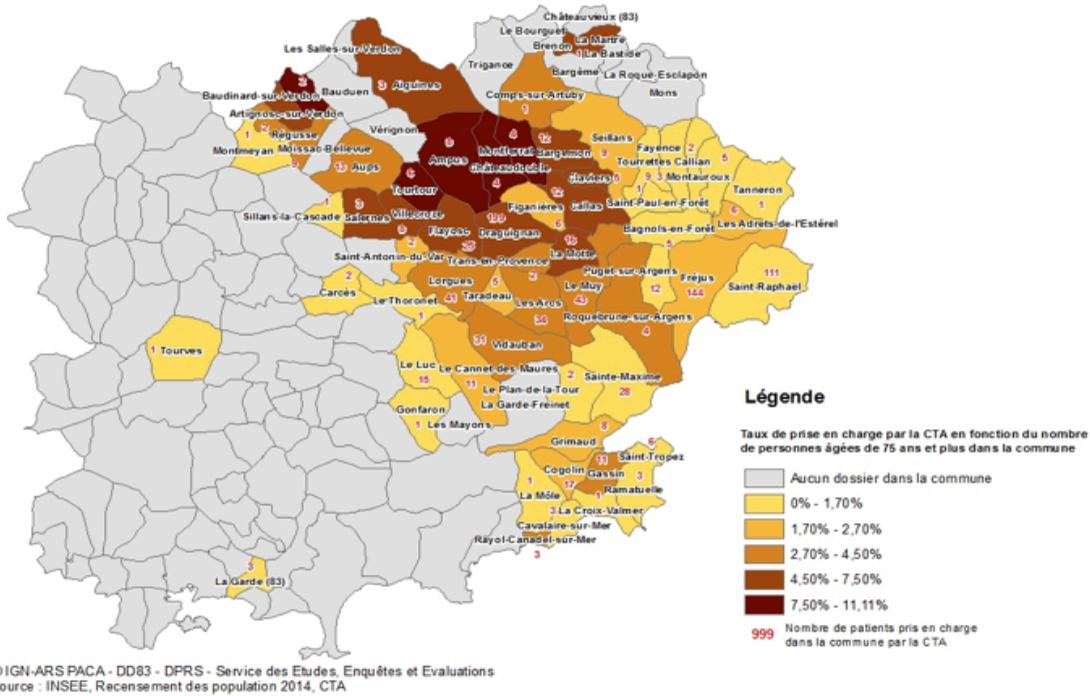
Enfin, un système bien coordonné est par définition plus lisible pour le patient, qui en a donc une meilleure compréhension, à la fois de son organisation globale mais également des différentes modalités de sa prise en charge.

---

**Le suivi pluriprofessionnel:  
une prise en charge  
optimisée pour le patient  
et un facteur de  
réassurance pour l'utilisateur  
comme pour l'entourage**

**Les personnes âgées prises en charge par la CTA du VAR EST**

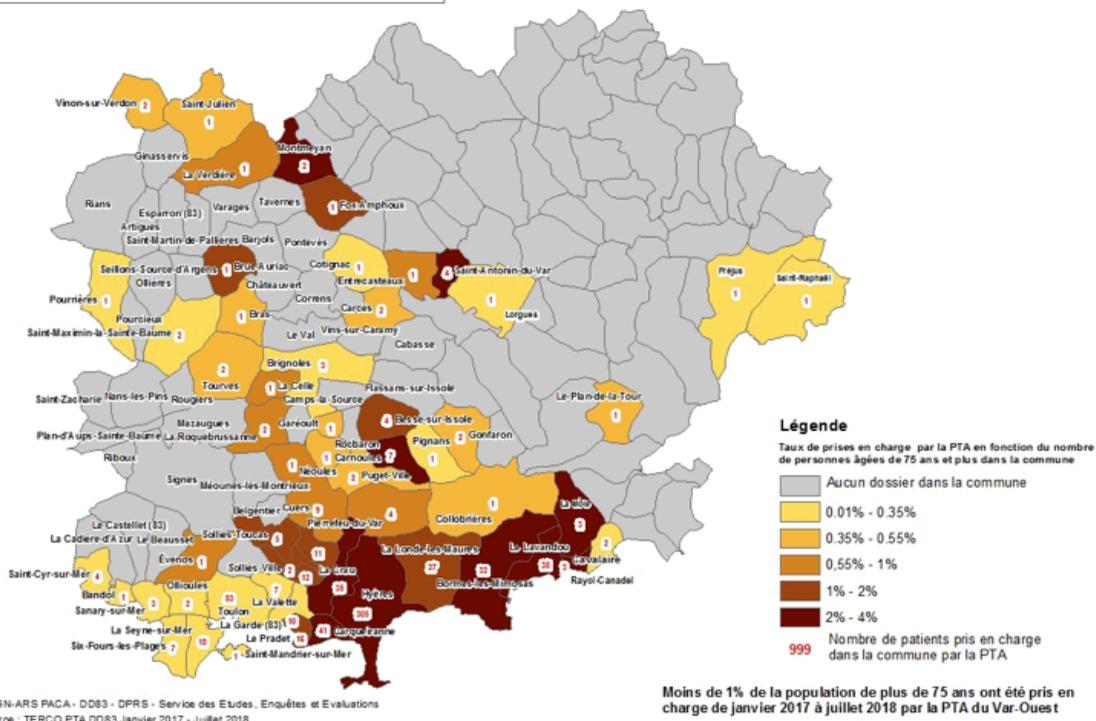
2,5% de la population de plus de 75 ans du VAR EST ont été prises en charge par la CTA de mai 2017 à juillet 2018



Carte 5 - Taux de prise en charge des personnes âgées par la CTA du Var Est en fonction du nombre de PA dans la commune

La CTA est intervenue pour 2,5% de la population âgée du Var-Est. Elle tend à couvrir le territoire non couvert par les médecins généralistes.

**Les personnes prises en charge par la PTA du Var-Ouest**



Moins de 1% de la population de plus de 75 ans ont été pris en charge de janvier 2017 à juillet 2018 par la PTA du Var-Ouest

Carte 6 - Taux de prise en charge des personnes âgées par la PTA du Var Ouest en fonction du nombre de PA dans la commune

La PTA est intervenue pour 1% de la population âgée du Var-Ouest (récente extension de son territoire d'intervention).



## PRINCIPALES IMPLICATIONS IDENTIFIÉES

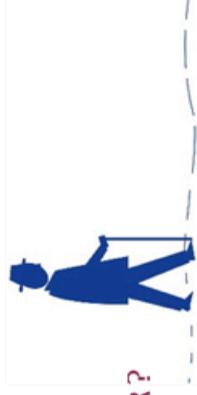
Réduction des hospitalisations non programmées et des passages aux urgences

Réduction des DMS dans les services de MC comme aux urgences

Réalisation d'évaluations gériatriques standardisées

Augmentation des activités de conciliation médicamenteuse,

Développement et efficacité accrue du PPS



## QUELS IMPACTS POUR L'USAGER ?

Réduire les hospitalisations non programmées ou encore les passages aux urgences permet d'éviter à la fois un impact considérable sur l'état émotionnel chez les sujets âgés fragiles ou dépendants, mais également des risques de **déclin fonctionnel et cognitif**.

La réduction de la DMS peut à la fois conduire à une meilleure prise en charge du sujet âgé via une sortie et un retour à domicile mieux planifiés et plus rapides – impliquant par ailleurs une **prise en charge globale plus à l'écoute des enjeux gériatriques**, mais également **réduire les risques iatrogéniques hospitaliers**. Une DMS plus courte permet d'accueillir davantage de patients en attente de soins.

Les EGS permettent de **détecter davantage des pathologies traitables passées inaperçues**, de **réduire le déclin fonctionnel et la perte d'autonomie**, mais également de réduire le **taux d'hospitalisation** et de diminuer la **survenue d'effets secondaires médicamenteux sévères**.

Cette activité permet une **sécurisation du parcours du patient**, via une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses, conduisant ainsi à une meilleure continuité et qualité des traitements. La conciliation médicamenteuse contribue par ailleurs à une meilleure information du patient et de son entourage, ainsi qu'au bon usage du médicament. Enfin, elle participe à la diminution des hospitalisations.

Le PPS permet une plus grande **coordination** des différents intervenants autour du patient, avec un meilleure **prise en charge personnalisée à long terme** pour ce dernier.

## 3.2. Des professionnels impliqués : une coordination territoriale dynamique et une montée en compétence des équipes

### 3.2.1. Une forte dynamique territoriale grâce à des acteurs mieux coordonnés

#### a) La mobilisation des acteurs

De nombreux professionnels ont été mobilisés et se sont impliqués dans les actions du programme PAERPA dans le département.

Cette implication des différents acteurs prend des formes multiples :

- **Un soutien des établissements de santé porteurs de l'expérimentation**, via une utilisation des ressources de ces établissements, nécessaires à la bonne mise en œuvre de l'expérimentation (réseau de professionnels de santé, filière gériatrique, expertises dans différents domaines : finances, informatique, base de données).
- **Une participation à la gouvernance.**  
De nombreux acteurs participent aux différentes structures de gouvernance, notamment via des instances telles que le comité stratégique départemental, qui réunit en outre les URPS, la CPAM, la CARSAT et les autres institutions et professionnels impliqués dans le parcours des personnes âgées.
- **Une implication des acteurs dans la communication du programme PAERPA**, via les URPS Médecins libéraux, Infirmiers libéraux et pharmacien. Ainsi, sur l'ensemble du Var, l'URPS ML rencontre dans une démarche de porte à porte. 90% des médecins généralistes du Var-Est ont déjà été rencontré dans le Var-Est et 38% dans le Var-Ouest.

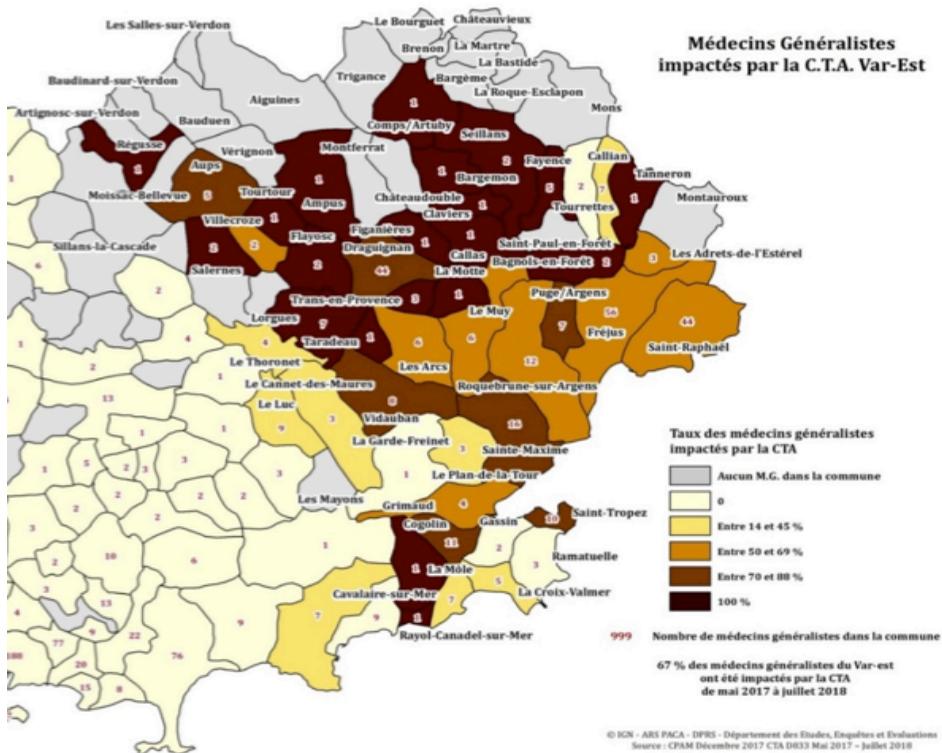
Les acteurs se mobilisent également en utilisant les nouveaux dispositifs du programme. Peuvent ainsi être mentionnés, comme illustration les données de sollicitations par les différents acteurs des deux plateformes d'appui du Var, données précisées dans la partie II de ce rapport, ou encore les PPS initiés par les professionnels libéraux sur le territoire. L'usage des outils liés à PAERPA a fortement progressé, témoignant d'une réelle appropriation par les professionnels.

Globalement, les acteurs du Var sont donc mobilisés et actifs autour de cette expérimentation, à la fois sous son aspect de bonne mise en œuvre sur le territoire mais également sous celui de son usage et de son utilité pour les professionnels et les patients.

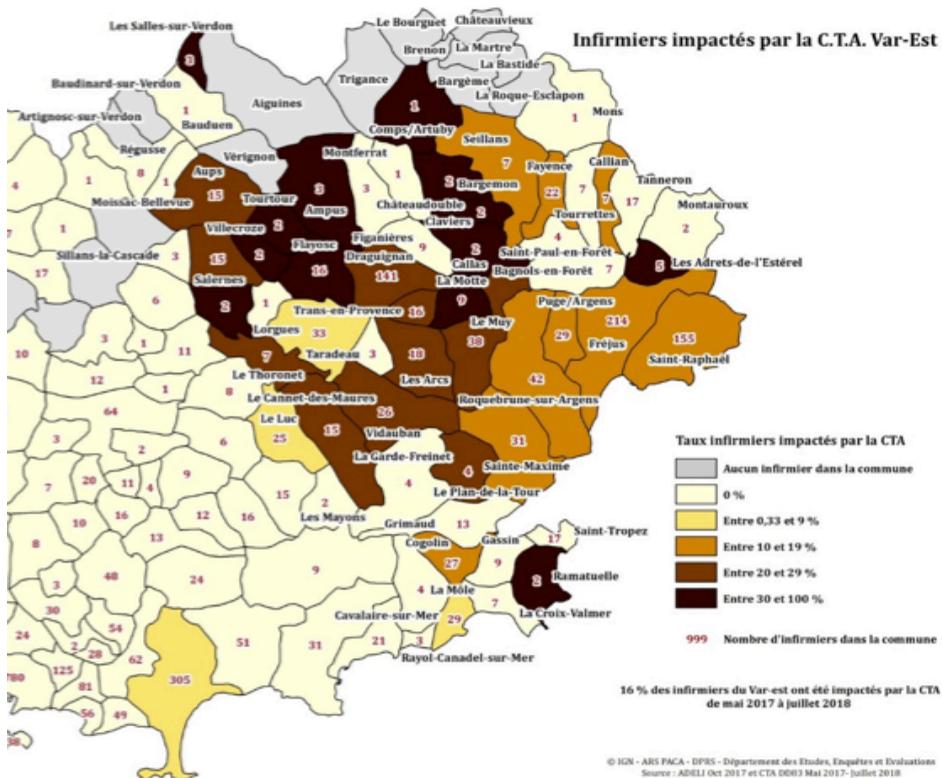
## b) Des professionnels libéraux impactés

Les professionnels de santé libéraux ont été largement impactés grâce aux actions de communications réalisées par les plateformes d'appui et les URPS, comme l'illustrent les cartes ci-dessous :

**Dans le Var Est**, 67% des médecins généralistes ont été impactés par la CTA (de mai 2017 à juillet 2018), 16% des IDEL, 11% des kinésithérapeutes et 9% des pharmaciens.



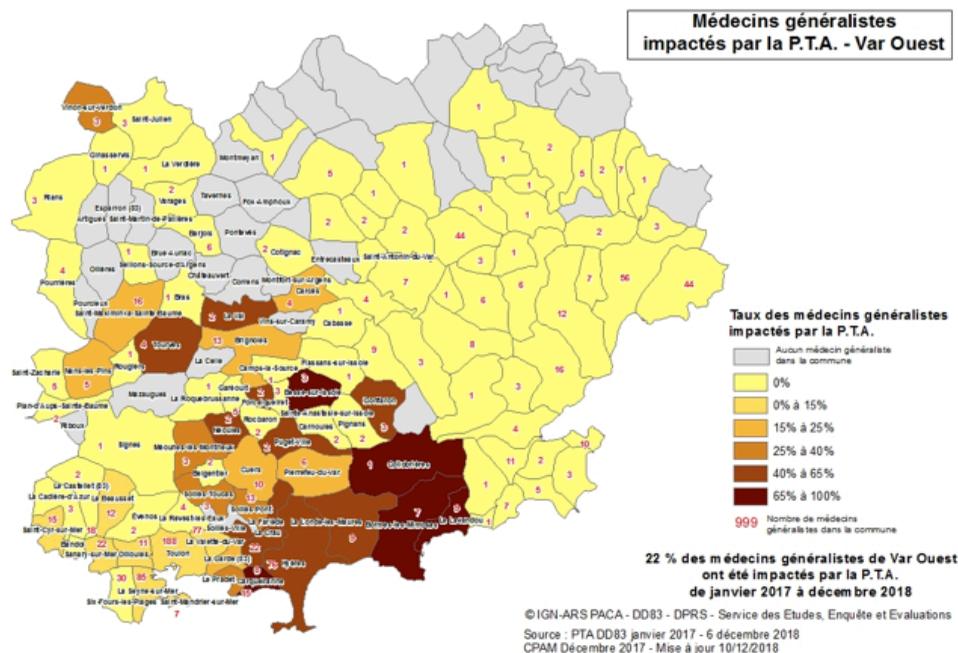
Carte 7 - Taux de médecins généralistes impactés par la CTA Var Est par commune



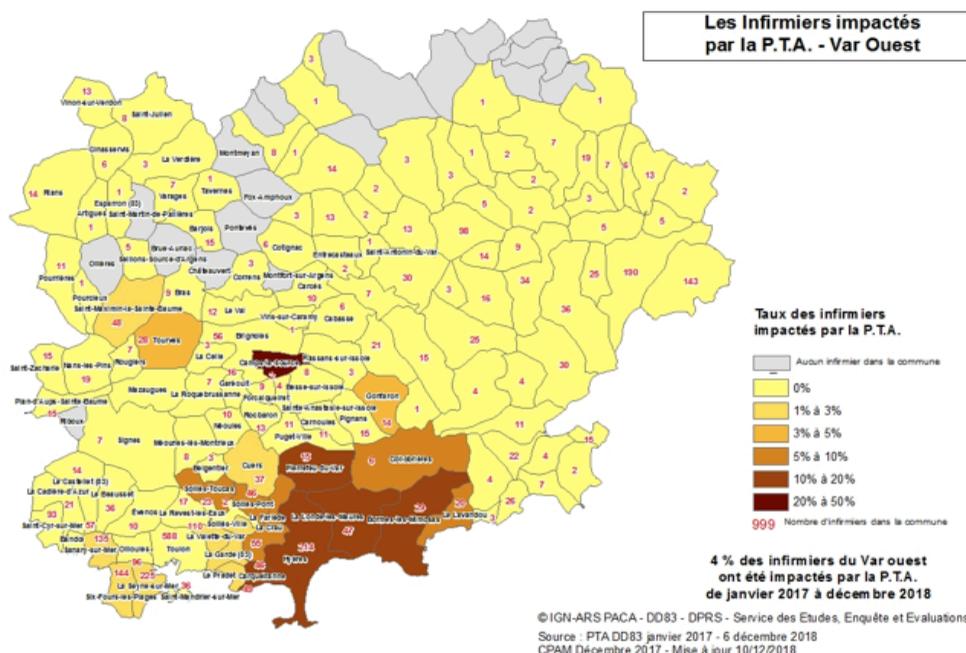
Carte 8 - Taux d'infirmiers impactés par la CTA Var Est par commune

Par ailleurs, 100% des pharmaciens du Var ont été informés par l'URPS, et 49% ont participé aux réunions d'informations. On constate ainsi globalement que le lien ville/hôpital est plus présent. Les pharmaciens commencent à recevoir des appels de pharmaciens hospitaliers qui réalisent des conciliations.

**Dans le Var Ouest**, 22% des médecins généralistes du Var Ouest ont été impactés par la PTA (soit 171 médecins généralistes entre janvier 2017 à novembre 2018) et 4 % des infirmiers libéraux (soit 83 entre janvier 2017 à novembre 2018).



Carte 9 - Taux de médecins généralistes impactés par la PTA Var Ouest par commune



Carte 10 - Taux d'infirmiers impactés par la PTA Var Ouest par commune

### c) Une meilleure coordination entre les structures

La coordination entre les structures a été renforcée, notamment entre les plateformes PTA/CTA et les structures d'exercice coordonnée, avec la ville-hôpital, avec le sanitaire, sociale et médico-sociale.

La mise en œuvre du PPS est le dispositif le plus représentatif de cet effort de coordination. Il a conduit à un réel changement de paradigme des professionnels de premier recours en favorisant une pratique collaborative. Cette démarche, qui peut être initiée par des équipes mobiles comme par le médecin traitant, l'infirmière, le pharmacien ou encore le kinésithérapeute favorise des coopérations, et à fortiori des coordinations entre des acteurs jusque-là bien souvent cloisonnés.

Ainsi, le PPS a permis de créer et de formaliser la coordination clinique de proximité qui ne se limite plus au milieu sanitaire mais s'ouvre aux travailleurs du social et du médico-social. Pour le moment, il est trop tôt pour savoir si la mise en place d'un PPS PAERPA a permis d'influer sur le lien ville-hôpital. Néanmoins, selon l'analyse menée par la CTA Var Est, seules 9% des personnes âgées qui ont un PPS ont été hospitalisées dans les 6 mois en urgence., Il s'agissait d'hospitalisation en urgence pour chute.

Au global, le PPS permet un enrichissement de la prise en charge de la personne âgée et une vigilance accrue des professionnels. Ce phénomène s'explique notamment par le croisement des regards, une complémentarité des différentes compétences professionnelles et un temps dédié favorable à la réflexion ou au questionnement de la pratique habituelle et aux ajustements des pratiques.

Cette plus grande coopération se retrouve également auprès des équipes mobiles, pour lesquels certains verbatim sont clairs quant à la valeur de ces équipes dans un travail commun pour le patient :

#### À propos de l'EMPSA

*De la part d'un gestionnaire de cas d'une MAIA : « Equipe très réactive, présente, dont l'approche, l'évaluation des situations est très pertinente. L'intervention au domicile est plus que nécessaire sur les situations communes que nous avons en charge. C'est un réel soutien. Equipe aujourd'hui reconnue comme un partenaire indispensable. La plus-value de cette équipe, son évaluation globale et le lien avec tous les partenaires permettent un réel soutien, tant pour le patient que pour les aidants et les professionnels. »*

Les innovations en EHPADS, ou encore les dispositifs en lien avec le domicile – sont autant d'outils ayant eu pour impact une meilleure coordination entre les structures.

#### Concernant le travail des astreintes IDE

*Cadre de santé de Jean Lachenaud et infirmière participant aux astreintes IDE de nuit :*  
**« ... Ceci a aussi contribué à améliorer la relation de confiance entre les IDE d'astreinte et les AS travaillant la nuit dans les structures. »**

*Chef du Pôle de gérontologie CHI Fréjus Saint Raphael et Médecin du Centre de Gérontologie du CHI :*  
**« ce dispositif a permis de créer des liens entre établissements sous statut différent : ceci a favorisé l'échange et le partage de pratiques ».**

---

**Un PPS ouvrant à une plus grande coopération entre les secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux, à une vigilance accrue autour du patient et à une moindre hospitalisation**

## 3.2.2. La diffusion des pratiques gériatriques

### a) Le rôle des équipes mobiles dans l'acculturation gériatrique auprès des acteurs de santé

Une des actions les plus remarquables de PAERPA, la montée en compétence des professionnels de ville quant à la prise en charge spécifique des personnes âgées, est lié au travail des équipes mobiles et à l'acculturation à la gériatrie au sein des hôpitaux. Ces effets ont été obtenus grâce aux interventions des équipes, aux actions de formation et également grâce aux actions de repérage de la fragilité.

Les équipes mobiles permettent une montée en compétence des professionnels de santé. Par exemple, les interventions des médecins de l'EMPSA ont pour conséquence la mise en place de nouveaux réflexes chez les professionnels de l'équipe pour davantage de prévention et d'anticipation et une plus grande adaptation et personnalisation des soins.

De même, les équipes mobiles réalisent un travail conséquent de pédagogie auprès des médecins traitants, afin de permettre une modification des pratiques, une plus grande implication, ainsi qu'une plus grande compréhension des enjeux gériatriques.

Une évaluation sera nécessaire afin d'apprécier de renforcer davantage ce constat. Ainsi, une fois la télémédecine en routine, il conviendra d'analyser l'évolution des motifs de demandes d'interventions des équipes en EHPADs. Souvent, les interventions évoluent de demandes de diagnostic ou traitement ou d'aides à une demande d'expertise et de validation des actions au sein des EHPADs.

### b) Des nouveaux réflexes de pratiques collaboratives permettant une montée en compétence des professionnels

#### Les pratiques collaboratives amènent progressivement à une montée en compétences de l'ensemble des acteurs autour des spécificités de la prise en charge gériatrique

De même, le renforcement des pratiques collaboratives entre professionnels amène progressivement à une plus grande sensibilisation aux enjeux gériatriques, et pour certaines à une montée en compétences qu'il s'agira de confirmer au long cours.

Par exemple, la mise en place de la conciliation médicamenteuse induit l'information du médecin traitant quant aux modifications effectuées sur le tableau médicamenteux du patient. De même, la CTA réalise des réunions communes permettant d'analyser les points de ruptures ou de dysfonctionnements : ainsi, l'analyse des ruptures ou des dysfonctionnements a permis l'organisation de ré-

unions avec l'EMGEH et les services sociaux des centres hospitaliers, le conseil départemental, le TGI, la CARSAT, la CNAM pour les liens avec le PRADO. C'est donc l'ensemble des professionnels qui sont sensibilisés et formés aux enjeux.

De même, l'EMPSA offre une approche complémentaire avec des bénéfices multiples pour les professionnels :

- Une aide à la réflexion, modération du sentiment d'urgence et d'impasse,
- Une souplesse et un apaisement dans la prise en charge des situations complexes,
- Un appui des professionnels en difficultés ou en souffrance sur des situations délicates.

Autre exemple, le travail des astreintes IDE de nuit en EHPAD semble également produire un effet de montée en compétences pour les professionnels travaillant dans ces établissements :

Verbatim concernant le travail des astreintes IDE

*Cadre de santé de l'EHPAD Saint Jacques : « les aides-soignants sont rassurés la nuit. Ce dispositif a été bénéfique d'un point de vue qualitatif en permettant la professionnalisation de certaines pratiques ».*

Une évaluation plus tardive permettra de renforcer ce constat mais les premiers éléments observés lors de cette évaluation confirment la montée en compétence de l'ensemble des professionnels de la filière, que ce soit en intra hospitalier, les professionnels libéraux ou encore les acteurs en EHPADs.



## PRINCIPALES IMPLICATIONS IDENTIFIÉES

Fort investissement dans la mise œuvre et l'usage  
de l'expérimentation PAERA

Une acculturation croissante aux enjeux gériatriques

Des pratiques collaboratives en plein essor



## QUELS IMPACTS POUR LES PROFESSIONNELS ?

Cet investissement conduit notamment à une plus grande **fluidité des contacts** entre les différents professionnels, une facilitation de la **communication** entre l'ensemble des acteurs de santé du territoire

Une acculturation aux enjeux gériatrique conduit à ce que l'ensemble des acteurs prenant en charge des personnes âgées possèdent une **meilleure information sur les spécificités de la population âgée et de sa prise en charge**. La pratique professionnelle s'en trouve automatiquement modifiée pour être plus adaptée, **au bon endroit au bon moment**. L'acculturation conduit ainsi à des orientations pertinentes en fonction la condition de la personne âgée, et finalement à une plus grande **efficacité globale du parcours de soins**.

Les pratiques collaboratives conduisent à différents impacts pour les professionnels, des implications qui s'enrichissent les unes et les autres. Peut-être cités, le partage d'une expertise et de retours d'expériences permettant à la fois une meilleure prise en charge du patient mais également à long terme une montée en compétences des personnels (urgentistes, personnel soignant des EHPADs, médecins dans les services de spé ...).

Ces pratiques permettent également au long court de contribuer à la fin de certains **cloisonnements** sur les territoires (médical/médico-social, hôpital/ville). Enfin, cette collaboration conduit à une plus grande **sécurisation** dans la prise en charge médicale et médico-sociale ainsi qu'une **reconnaissance** et une **valorisation** des pratiques de collaboration et de coordination.

### 3.2.3. Les effets du programme PAERPA à atténuer : une organisation et des outils à améliorer

Le manque de recul concernant l'analyse de certaines données (notamment celles des passages aux urgences, la baisse des hospitalisations, les taux de réhospitalisations...) ne permet pas de conclure de manière définitive quant aux impacts du programme PAERPA même si une tendance positive et forte vers une meilleure prise en charge du patient et une plus grande coordination entre les acteurs se dégage.

La dernière partie précise les dispositifs à pérenniser, à faire évoluer, à expérimenter et enfin à arrêter.



# 4 • Intégrer la démarche parcours dans le droit commun par une gouvernance confortée et une pérennisation des dispositifs

Le programme PAERPA a bénéficié d'un pilotage et d'un soutien national constants par la Direction de la Sécurité Sociale et d'un accompagnement méthodologique précieux par l'ANAP. La qualité de ce pilotage national a été un facteur de succès à souligner.

Les résultats du programme dans le Var illustrent la grande mobilisation des acteurs tant de la part des régulateurs que des professionnels :

- **La mobilisation des professionnels** de santé libéraux et des acteurs médico-sociaux par le biais des PPS et des actions en appui au domicile avec le rôle majeur de la CTA et PTA ;
- **« L'imprégnation » territoriale** de la culture gériatrique grâce aux équipes mobiles ;
- **L'acculturation hospitalière** à la gériatrie, particulièrement dans les urgences, mais aussi dans les services de spécialités.

La mise en place du programme PAERPA a donné lieu à une nouvelle dynamique territoriale et il y a donc un enjeu majeur pour le département du VAR à conforter et pérenniser les actions et les organisations les plus fortes pour s'inscrire à la fois :

- Dans l'évolution des soins primaires voulue par la Ministre : développement des CPTS et leur lien avec les PTA ;
- Dans le renforcement de la pratique collaborative témoin des démarches d'intégration, représentées par l'usage du PPS ;
- Dans un renforcement de l'efficacité et de l'expertise hospitalière de la filière gériatrique qui doit être accessible à tous ceux qui en ont besoin et être en appui aux acteurs du domicile ;
- Dans une contribution aux réformes de financement prévu par l'article 51.

On peut donc proposer des pistes d'amélioration dans une perspective de pérennisation de la dynamique au-delà de 2019, fin de l'expérimentation nationale PAERPA définie par l'arrêté du 20 décembre 2018.

## 4.1. Une gouvernance territoriale à pérenniser

Le programme PAERPA a été mis en œuvre par l'ARS PACA et plus particulièrement par la Délégation départementale du VAR. Grâce au soutien financier, stratégique et opérationnel de l'ARS, à l'engagement du Conseil Départemental et des autres partenaires institutionnels, le programme a pu à la fois faire émerger de nouveaux services encore inexistantes sur le territoire et en même temps regrouper des acteurs qui travaillaient de façon isolée. Il est d'une importance majeure de conserver la dynamique engagée par une gouvernance stratégique et opérationnelle renforcée, prenant appui sur les acquis.

### 4.1.1. Conforter et pérenniser une gouvernance départementale décloisonnée et co-pilotée

#### a) Maintenir et renforcer le pilotage stratégique départemental ARS-Conseil Départemental

La gouvernance du programme PAERPA dans le département du Var a été instaurée de manière décloisonnée, sur la base d'un co-pilotage ARS-Conseil Départemental avec une forte adhésion des partenaires, URPS ML, URPS IDEL, URPS pharmacien, CDOM, CARSAT, CPAM, établissements de santé, médico-sociaux, services sociaux. Cette adhésion s'est maintenue depuis le lancement du programme en septembre 2016 malgré de nombreuses réunions. Cette gouvernance a permis la rencontre de nombreux acteurs qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble et se sont fortement engagés dans ce travail de décloisonnement.

Le rôle de l'ARS PACA et plus particulièrement de la DD du VAR dans le programme PAERPA a été déterminant.

Le co-pilotage avec le CD du Var a été un facteur essentiel, par l'articulation ainsi garantie entre les problématiques sanitaires (de la prévention au soin, en ville et à l'hôpital), médico-sociales et sociales, dont l'intrication est pathognomonique du grand âge et de la perte d'autonomie (démarche globale).

L'implication des centres hospitaliers du Var (direction, chefs de pôle de gériatrie) dans la gouvernance locale ainsi que l'articulation avec le projet médical partagé du GHT ont été de même des leviers de décloisonnement ville-hôpital et d'amélioration de la pertinence des soins hospitaliers.

Le partenariat avec la CPAM du Var et le service médical de l'assurance-maladie a permis de structurer des réponses coordonnées et efficaces pour sécuriser les sorties d'hospitalisation des patients âgées selon processus harmonisé PRADO PA/PTA.

L'engagement des URPS médecins, IDE libéraux et pharmaciens et du conseil départemental de l'ordre des médecins dans cette gouvernance a assuré un relai vers les professionnels de ville et préparé l'articulation de cette démarche avec celle des soins de proximité anticipant une partie des réponses aux enjeux de Ma Santé 2022.

**L'efficacité globale du programme repose sur ce décloisonnement et cette coordination, au niveau stratégique et opérationnel.**

Enfin, cette réussite n'aurait pas été possible sans le soutien constant de la direction générale de l'ARS à la dynamique varoise et des différentes directions métiers concernées du siège de l'ARS PACA.

Il convient de maintenir et de conforter cette gouvernance afin de transformer l'essai et de maintenir une dynamique Parcours des personnes âgées efficace et opérationnelle au-delà de la fin de la démarche PAERPA :

- Maintenir et renforcer le comité départemental parcours des personnes-âgées co-piloté ARS-CD, pour poursuivre le travail de réponse, coordonnée et décloisonnée aux enjeux des professionnels et des usagers, en cohérence avec la feuille de route nationale Grand âge et autonomie et le futur schéma départemental de l'autonomie ;
- Articuler ce comité avec l'instance en charge de la coordination de l'offre de proximité au niveau départemental, la CCOVD, à l'instar du modèle varois ;
- Renforcer l'articulation avec les CCAS et CIAS et intégrer dans les Contrats Locaux de Santé (CLS) la synergie avec les politiques publiques des collectivités territoriales au niveau des communes et intercommunalités, pour une société inclusive vis-à-vis des aînés (politique d'aménagement, habitat, mobilités, infrastructures numériques etc) ;
- Associer plus largement les représentants des usagers, peu impliqués malgré leur sollicitation, dont les modalités sont à interroger au vu de ce résultat.

### **b) Maintenir et conforter le pilotage opérationnel du parcours personnes âgées par les PTA/CTA**

Afin de conforter le programme Parcours de santé des aînés dans le département du Var, il est important de conforter les PTA/CTA dans leur rôle de pilotage et de soutien aux professionnels dans les situations complexes.

En effet, la politique de l'ARS PACA vise à s'assurer que l'ensemble des dispositifs ou services de coordination convergent, autour d'une porte d'entrée unique et d'un acteur structurant soit les plateformes territoriales d'appui (PTA) afin d'aboutir à des organisations plus lisibles et mieux structurées. La CTA/PTA est, en effet, le point d'entrée identifiable, permettant d'offrir une réponse globale, continue, et harmonisée aux professionnels de santé du territoire.

Les objectifs poursuivis dès la création des CTA/PTA peuvent être réaffirmés :

- Rendre plus lisible l'organisation des services d'appui à la coordination existants dans les territoires ;
- Garantir une accessibilité aux PTA et services d'appui sur tout le territoire et pour l'ensemble des professionnels (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), sur la base d'un principe de subsidiarité ;
- Offrir une réponse globale, harmonisée et continue aux demandes des professionnels sur l'ensemble du territoire, par une démarche d'articulation, d'organisation et, autant que possible, de mutualisation entre les différents dispositifs offrant des services d'appui ;
- Proposer un modèle économique soutenable, efficient, et qui valorise la qualité du service rendu à la population.

**Les CTA/PTA doivent apporter un appui aux professionnels de santé dans le cadre de trois missions :**

- **Mission 1** : l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;
- **Mission 2** : l'appui à l'organisation et à la coordination des situations complexes ;
- **Mission 3** : le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins, et de coordination des prises en charge de patients en situation complexe.

La mission 3 place les PTA au cœur des problématiques de décloisonnement entre les secteurs sanitaires, social et médico-social. Cette mission d'animation territoriale est étroitement imbriquée avec les deux premières. Elle est conduite, en collaboration étroite avec la délégation départementale de l'ARS, les pilotes de la méthode MAIA (pilotes de projet parcours territoires), dans le cadre de la convergence des dispositifs de coordination, et bientôt les CPTS :

**Partenariats** : la plateforme enclenche et/ou renforce des partenariats avec l'ensemble des acteurs du territoire, libéraux, hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Elle veille à assurer une bonne dynamique afin d'entretenir un réseau d'acteurs opérationnels et collaboratifs.

**Veille territoriale** : avec les pilotes de la méthode Maia, la plateforme recense l'ensemble des ressources du territoire et repère les dysfonctionnements, problématiques, points de rupture, ou besoins non couverts de son territoire et les fait remonter au niveau local, départemental ou régional. Pour ce faire, elle s'appuie sur les acteurs du territoire et sur les analyses de ses partenaires (ex : veille des CLIC, réunions d'analyse de pratiques ou de situations au sein des MSP, etc.).

**Appui aux professionnels pour la préparation et l'organisation des sorties d'hospitalisation** : la PTA élabore, avec les équipes des établissements de santé, des protocoles permettant d'anticiper et de préparer les hospitalisations complexes, afin d'éviter le passage par les urgences ; d'organiser de façon anticipée le retour à domicile sécurisé du patient. Plus généralement, la PTA vient en appui des établissements de santé de son territoire pour mettre en œuvre le virage ambulatoire pour les populations fragiles ou complexes.

**Démarche qualité** : la plateforme s'appuie, dans son activité, sur des outils harmonisés de structuration du parcours (grille d'évaluation des situations, plan personnalisé de santé, procédures d'orientation, etc...). Elle mobilise ses partenaires dans cette démarche qualité et construit avec eux des outils communs et partagés (ex : grille de repérage des fragilités, grille d'évaluation, d'orientation, de suivi ...). Elle diffuse largement ces outils, et plus globalement, les bonnes pratiques, auprès de son réseau de partenaires.

**Diffusion d'informations et communication** : la plateforme joue un rôle de diffusion d'informations (ex : actualités, appels à projet, formations, évènements, réunions institutionnelles...) auprès de ses partenaires, en cohérence avec la stratégie régionale élaborée par l'ARS et l'URPS ML. Elle participe régulièrement aux réunions des acteurs locaux. Elle fait remonter aux institutions les besoins et attentes exprimés par ces derniers.

**Organisation de sessions de sensibilisation et de formation** : la plateforme organise des sessions de sensibilisation et/ou de formation à destination des acteurs et professionnels du territoire, dans le cadre de la démarche parcours.

Cette ambition, conforme aux dispositions réglementaires du décret du 4 juillet 2016, relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes, nécessite un fort engagement de des CTA/PTA et un pilotage opérationnel reposant sur une gouvernance structurée et décloisonnée. Il paraît donc souhaitable d'affirmer et de valoriser ce rôle des PTA, sur le modèle mis en œuvre en PACA, permettant à celles-ci de co-construire, avec les acteurs de leur territoire, un dispositif lisible et unifié accompagnant les parcours complexes (dont les parcours gériatriques, le plus souvent complexes).

Afin de conforter le pilotage opérationnel de la démarche parcours, les instances de gouvernance locale des PTA doivent regrouper les principaux partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux et s'ouvrir aux structures d'exercice coordonné et aux futures communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Il convient de veiller en particulier à leur bonne articulation avec les CPTS en voie de développement. En effet, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), nouvelle modalité d'organisation et de prise en charge décloisonnée et coordonnée entre les acteurs sanitaire, de ville, médico-social et social, doivent faire le pont, à l'échelle d'un territoire, avec les établissements de santé, et le secteur médico-social. Les CPTS devront ainsi remplir un certain nombre de missions et en premier lieu l'amélioration du parcours des personnes âgées : décharger les urgences hospitalières, favoriser le maintien à domicile, garantir l'accès à une consultation spécialisée dans des délais raisonnables, participer à des missions de prévention et de dépistage pour la population ... Les PTA/CTA viendront en appui des CPTS pour les aider dans les situations complexes et les outiller dans l'amélioration des parcours à partir de leur connaissance des problématiques du territoire.

La lisibilité et la simplicité des organisations nécessiteront donc une bonne articulation PTA/CPTS, sur la base du principe de subsidiarité et d'appui : intervention des PTA en soutien des CPTS pour les situations complexes.

Le lancement par la délégation départementale en 2019 d'une démarche d'élaboration d'une feuille de route des soins de proximité dans le Var associant les PTA renforcera cette articulation. L'objectif de cette feuille de route est de décliner sur le Var «Ma Santé 2022» et d'améliorer le maillage du territoire en matière d'offre de proximité.

Enfin, une cohérence départementale entre l'est et l'ouest doit être recherchée pour apporter une réponse harmonisée aux problématiques parcours complexes pour les professionnels de santé via les PTA/CTA. Les collaborations existantes entre la CTA Var Est et la PTA Var Ouest ainsi que la transformation de la CTA Var Est en PTA en 2020 sont des étapes devant permettre d'atteindre, à terme, cet objectif d'une réponse départementale harmonisée.

## 4.1.2. Soutenir les PTA/CTA dans l'exercice de leurs missions

### a) Accompagner l'évolution de la CTA vers de la PTA

L'évolution des missions PTA/CTA va faire converger les 2 dispositifs vers des modalités de prise en charge identiques et va renforcer une réponse départementale harmonisée.

Cette évolution, prévue en 2020 pour la CTA Var Est, soit après 3 années de fonctionnement de CTA (personnes âgées), nécessitera un accompagnement spécifique afin que la mise en œuvre vers une PTA, tout public, se déroule sans encombre.

### b) Accompagner les PTA dans l'exercice de leurs missions

Afin d'accompagner le déploiement des dispositifs PTA/CTA et l'extension de leurs missions, il convient de mettre en place des actions de formations spécifiques et ciblées pour les responsables et coordinateurs. Les agents de ces structures innovantes et encore récentes sont montés en compétence et/ou se sont adaptés au fonctionnement de celles-ci et doivent donc être formés au regard des objectifs d'un programme parcours ambitieux. Cette évolution a été rendue possible en PACA par la construction des PTA à partir des MAIA et des réseaux de santé antérieurement déployés. Un accompagnement métier est dès à présent structuré en PACA : animation régionale via le club PTA, élaboration de fiches de postes types, formation commune en 2018 à la gestion de projets complexes, formations prévues en 2019 des responsables de PTA au management et au pilotage de ces structures, formation à l'accompagnement au changement. Cette dynamique sera à poursuivre à l'avenir, en particulier par l'élaboration et la diffusion de référentiels métiers, tant pour les pilotes que pour les coordonnatrices.

## 4.2. Les actions à renforcer pour une meilleure coordination des professionnels

Les dispositifs centraux du programme PAERPA semblent essentiels à pérenniser afin de maintenir la dynamique parcours dans le département. Par dispositifs centraux, on entend, outre les structures d'appui à la coordination que sont la PTA et CTA, les équipes mobiles externes, les dispositifs en lien avec l'hôpital, le PPS ainsi que certains dispositifs en EHPADS.

Ces dispositifs permettent une diffusion interstitielle des nouvelles pratiques professionnelles.

### 4.2.1. Les équipes mobiles externes, leviers d'acculturation en ville et de décroisement ville-hôpital

Les effets bénéfiques des équipes mobiles, autant dans leurs missions d'acculturation que dans leurs missions interstitielles entre les acteurs, conduisent à préconiser leur pérennisation. D'une façon générale, cette pérennisation devra s'accompagner à l'avenir d'une contractualisation sur leurs missions et leurs périmètres d'interventions au regard des évolutions qu'elles conduiront et des besoins à venir :

- Renforcer les liens avec la médecine générale (CPTS) ;
- Déployer la télémédecine notamment pour l'EMPSA ;
- Développer des outils de suivi pour quantifier la file active et les actions réalisées et permettre d'ajuster les moyens et les ressources, après benchmark national (utilisation de tableaux de bord ANAP) ;
- Identifier des indicateurs qui permettent de mesurer le non recours à l'hospitalisation ;
- Mettre en place un tableau de bord partagé parcours pour un suivi coordonné des patients.

#### a) Les équipes mobiles gériatriques externes un apport indispensable

Les apports des équipes mobiles gériatriques externes ne sont plus à démontrer tant pour l'utilisateur que pour les professionnels de santé :

- Appui d'une spécialité non présente en ville ;
- Expertise à domicile alors que la pratique des visites à domicile se raréfie chez les médecins généralistes ;
- Acculturation des professionnels libéraux ;
- Décroisement ville/hôpital et optimisation du recours à l'hospitalisation ;
- Diffusion du PPS.

Il convient de soutenir leur extension et de les pérenniser en les inscrivant dans le droit commun.

En complément des objectifs mentionnés supra :

Une hiérarchisation des demandes pourrait permettre de les classer en fonction de leur caractère urgent. La formation des infirmières de l'équipe leur permettrait de réaliser de la pratique avancée et répondre de cette manière à certaines demandes.

Concernant le Var Est, les équipes mobiles gériatriques externes sont hospitalières, et coordonnées avec les équipes mobiles gériatriques internes à l'hôpital, intervenant aux urgences et dans les services de médecine et chirurgie, ce qui constitue un élément favorable au décroisement ville-hôpital.

Concernant le Var Ouest, l'expertise gériatrique est rattachée à la PTA et doit développer un partenariat étroit avec les CH de son territoire pour favoriser le décroisement. Étant donné le territoire à couvrir (710 000 habitants dont 83 000 personnes âgées de 75 ans et plus), elle doit être consolidée en termes de ressources humaines. Enfin, un travail de communication auprès de la médecine de ville doit être mené afin de renforcer sa visibilité.

## **b) Les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé : des relais territoriaux à construire**

Alors que le département du Var a une densité de médecins psychiatres de 19,1 pour 100.00 habitants contre 23 au niveau national, les équipes mobiles de psychiatrie doivent constituer une offre complémentaire au secteur qu'il est nécessaire d'amplifier. Ces équipes permettent :

- D'offrir un accès aux services psychiatriques à des personnes qui en étaient exclues du fait de l'isolement géographique et /ou social ainsi que de la non-demande ou du refus de soins liés à la souffrance psychiatrique ;
- D'éviter les hospitalisations en urgence de situations dégradées avec troubles psychiatriques masqués ;
- Une complémentarité des approches permettant une aide à la réflexion et une modération du sentiment d'urgence ou d'impasse de professionnels en difficulté sur des situations délicates.

Tant l'EMPSA du Var Est que l'équipe mobile du CH de Guérin, Var Ouest - doivent consolider leurs interventions sur le territoire en développant une offre complémentaire au CMP/secteur de la psychiatrie tout en ne se substituant pas à l'extra-hospitalier, comme c'est le cas actuellement pour l'équipe mobile du CH de Guérin.

Des relais type CATTP de proximité pourraient être créés en s'appuyant par exemple sur les accueils de jour déjà existants dans le souci d'assurer une continuité des soins et de soulager les aidants. Cette offre permettra également de renforcer les liens avec les secteurs de psychiatrie, les services de gériatrie, les CSAPA et les professionnels libéraux (médecins, soignants, clinique ...) pour faciliter les relais de prise en charge et les orientations.

Enfin, il est important de soutenir le déploiement de la téléconsultation de géronto-psychiatrie par l'EMPSA.

### **4.2.2. Le PPS : un outil majeur à généraliser et diffuser**

Le PPS est un outil majeur du programme PAERPA pour la formalisation de la coordination des acteurs.

Les premiers résultats sont encourageants en termes d'appropriation par les professionnels mais encore non satisfaisants eu égard à un objectif cible de 10 % de PPS validés sur le nombre de personnes âgées. Il est donc primordial de renforcer son utilisation notamment de la part des professionnels libéraux dans la mesure où plus de 90 % des PPS sont initiés par les équipes mobiles gériatriques ou la CTA/PTA. Il apparaît notamment pertinent d'impliquer davantage les pharmaciens dans ce dispositif. En effet, si le couple de professionnels initiant un PPS inclut un pharmacien, les chances sont plus importantes qu'un bilan de médication soit réalisé, permettant de réduire les risques liés à l'iatrogénie. Il s'agirait d'un réel gain de chance pour la personne âgée.

Pour développer l'utilisation des PPS par les professionnels de santé libéraux, la PTA/CTA peut prendre appui sur des retours globalement satisfaisants de la part des médecins utilisateurs. Comme l'a illustré l'enquête réalisée par l'URPS du Var Est, lorsque les médecins ont connaissance du PPS, il est fortement utilisé : ainsi sur les 227 médecins généralistes visités dans le Var Est, 11 % connaissent le PPS et parmi eux, 64% y ont eu recours. Des attentes en revanche sont exprimées par quelques professionnels en termes de suivi de la mise en œuvre du plan d'action, dans le cadre d'un partenariat restant à préciser entre libéraux et CTA/PTA.

La PTA/CTA doit constituer de véritables relais dans l'appropriation de cet outil auprès des professionnels de santé libéraux en se déplaçant au domicile du patient lors de l'élaboration d'un PPS si nécessaire.

Enfin, avec le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), le PPS pourra être utilisé par celles-ci comme un outil de meilleure organisation des parcours des patients et de décloisonnement de l'exercice des professionnels de santé, finalité qui constituent les 2 objectifs principaux de la constitution d'une CPTS sur un territoire. Alors que le déploiement des CPTS nécessite de mobiliser le programme e-parcours notamment le DMP et la messagerie sécurisée MSSanté, l'intégration prévue du PPS dans ce programme et son appropriation par les CPTS constitueront des éléments favorables à sa généralisation.

## 4.3. L'adaptation de l'hôpital au patient âgé et l'amélioration de la prise en charge en EHPAD et à domicile

### 4.3.1. Les dispositifs à dupliquer dans l'ensemble des hôpitaux du département

#### a) Les entrées et sorties à l'hôpital facilitées et sécurisées : des dispositifs à dupliquer dans l'ensemble des hôpitaux du département

Les dispositifs qui permettent une entrée à l'hôpital sécurisée sont à pérenniser et dupliquer dans l'ensemble des hôpitaux du département.

Le numéro unique, le repérage de la fragilité aux urgences et dans les services sont des dispositifs permettant la bonne prise en charge des personnes âgées ainsi que la formation et la sensibilisation des équipes aux enjeux gériatriques. Dans le cadre de leur pérennisation, le dispositif de repérage par les SAU des PA fragiles non hospitalisées et leur signalement aux CTA/PTA est à généraliser au Var Ouest. Pour les patients hospitalisés, le repérage précoce après admission bénéficierait d'un signalement automatique de la fragilité intégré dans le dossier patient informatisé.

En revanche, la consultation gériatrique à délai court développée dans les CH du Var Est est refusée majoritairement par la personne âgée. Il convient donc de poursuivre la réflexion sur ce service, en lien avec les urgentistes, dans le cadre du travail engagé à l'ouest de développement de consultations gériatriques de post-urgences.

Au niveau de la sortie, le dispositif « PRADO personnes âgées » déployé par la CPAM et son articulation avec les CTA/PTA est une réussite sur le territoire. Le partenariat avec les PTA permet de sécuriser les sorties pour les patients selon une procédure lisible, harmonisée et efficace pour les centres hospitaliers. Un élément de réflexion quant à la généralisation de ce dispositif pourrait être l'inclusion des pharmaciens, qui pourraient ainsi apporter leur expertise dans le domaine du médicament et du matériel médical.

L'HAD doit être favorisée car c'est également un bon vecteur de préparation des sorties avec, en amont, un échange d'informations pour préparer le retour à domicile des personnes âgées au parcours de soins complexes. Une intervention accrue de l'HAD en post hospitalisation (60% des entrées en HAD dans le Var comme en PACA, versus 70 % au niveau national), plus réactive et plus précoce est à promouvoir. Dans le cadre du GHT du Var, un renforcement des partenariats avec les HAD est recherché avec définition d'une stratégie d'action concertée.

Enfin, l'articulation de la filière gériatrique avec les équipes mobiles externes favorisera les sorties sécurisées.

La modalité de sortie en hébergement temporaire en post hospitalisation doit être développée pour compléter le panel de ressources disponibles dans les modalités de sortie. Ce travail doit être engagé dans le cadre d'un appel à projet régional.

#### b) La diffusion des bonnes pratiques gériatriques au sein des établissements de santé

La mise en place et/ou le déploiement des dispositifs tels que le repérage de la fragilité au SAU et dans les services, les admissions directes, la création de commissions gériatriques pluridisciplinaires chargées de la fluidification du parcours hôpital-ville, la conciliation médicamenteuse, sont autant de modalités qui ont conduit à une acculturation des équipes hospitalières et à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques au sein des hôpitaux.

Il convient de conforter cette dynamique et d'en consolider certains aspects :

○ **Renforcer le virage ambulatoire par les hospitalisations de jour**

Si la filière gériatrique hospitalière est bien implantée sur le territoire du Var grâce à l'implication des établissements de santé, il convient de la renforcer en augmentant l'accès des personnes âgées à des hôpitaux de jour de court séjour.

○ **Favoriser les admissions directes**

L'admission directe dans les services doit devenir la règle dans toute la mesure du possible, en évitant les passages aux urgences.

○ **La conciliation médicamenteuse à l'hôpital : des acteurs à davantage coordonner**

La conciliation médicamenteuse mise en place au CH de la Dracénie et au CH de Fréjus doit être consolidée, la iatrogénie médicamenteuse étant un des motifs d'hospitalisation les plus fréquents chez les personnes âgées.

Dans les PPS, la lutte contre la iatrogénie est un axe fort. Dans le Var Est, 30% des PPS initiés par l'EMGEH ont une action ciblée. Le développement de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse pourrait être renforcée par la réalisation d'un bilan de médication partagé quand celui-ci s'avère nécessaire (respect des critères d'inclusion) en lien avec les pharmaciens de ville, dans le cadre des PPS.

De même, la coordination avec la ville et notamment les officines est à accentuer en facilitant l'accès au dossier pharmaceutique du patient depuis l'hôpital disponible dans certaines pharmacies hospitalières. Le déploiement du DMP permettra d'accentuer cette coordination ville-hôpital, car déployé en 2019 selon 3 modalités : domicile-EHPAD-Médecins traitants.

Il paraît également crucial, pour les équipes mobiles comme pour le reste des dispositifs prenant part à la prise en charge des personnes âgées, de valoriser un certain nombre de métiers, dont celui des gériatres, médecins spécialistes et premiers vecteurs de ces démarches. Les IDE en pratiques avancées en gériatrie sont également des acteurs de premier ordre pour le repérage et le suivi. Le rôle de ces infirmières de pratiques avancées devant se renforcer, il serait souhaitable de faciliter l'accès aux formations. En effet à l'heure actuelle, le master en question oblige l'IDE à s'arrêter de travailler.

### c) L'intégration acquise du PAERPA dans le projet médical partagé du GHT

Les objectifs du programme PAERPA, y compris l'extension au Var Ouest en 2018, sont intégrés dans le Projet Médical Partagé (PMP) du GHT du Var regroupant les 8 établissements publics hospitaliers et l'HIA Sainte Anne, établissement des armées. Cette intégration leur donne une visibilité et les conforte en les intégrant dans les objectifs des centres hospitaliers.

Le PMP complète et perfectionne les filières hospitalières, par le développement d'un court-séjour gériatrique au CH de Brignoles, le développement de consultations gériatriques de post-urgences aux centres hospitaliers de Toulon et Hyères, d'une unité de post urgence gériatrique au CH d'Hyères, la structuration de l'expertise d'oncogériatrie de l'ensemble du Var.

La logique territoriale du GHT et celle de la PTA viennent ainsi se renforcer l'une et l'autre, permettant aux établissements de développer l'implication de leurs services dans la prise en charge de la personne âgée et leur coordination avec leurs partenaires, autour des PTA et de leurs équipes mobiles.

Le territoire du Var Est s'inscrit dans cette même logique, avec l'ouverture de l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), et la mise en place d'une commission gériatrique au CHIFSR et au Centre Hospitalier de la Dracénie.

## 4.3.2. L'amélioration de la prise en charge en EHPAD

On constate que les allers-retours EHPAD-hôpital représentent 70% des mouvements entrants et sortants des EHPAD. Il est donc primordial d'améliorer la prise en charge de la personne âgée en EHPAD et d'éviter ainsi son hospitalisation. Les dispositifs en EHPADs déployés dans le Var et présentés dans ce rapport, astreintes IDE de nuit, PASA de nuit, réseau dentaire et télémedecine, sont à pérenniser et à dupliquer dans d'autres EHPADs du département.

### o **Astreintes IDE de nuit mutualisées**

L'astreinte IDE de nuit permettant une prise en charge de qualité des résidents des EHPAD la nuit, la sécurisation de la prise en charge et la continuité des soins, est une action à pérenniser.

7 nouveaux projets vont être déployés en 2019 d'astreinte IDE en EHPAD incluant 17 EHPADs en plus des 8 EHPADs disposant déjà d'un tel dispositif dans le Var.

Il a été dénombré que sur la première vague d'expérimentation ce dispositif génère une intervention infirmière par lit une nuit sur deux et évite 19 hospitalisations /100 lits par an.

### o **PASA de nuit**

Au regard des bons résultats avec 75 % des résidents d'EHPAD en bénéficiant et une diminution globale de la consommation de psychotropes, le dispositif PASA de nuit doit être pérennisé.

### o **Unité mobile de soins dentaires en EHPAD**

75 % des résidents d'EHPAD ont un état bucco-dentaire incompatible avec une alimentation normale. L'accès aux soins dentaires, dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour les PA dépendantes, est une expérience très positive à pérenniser et déployer.

Sur le modèle expérimenté dans le Var, une convention d'exercice libéral pourrait être proposée aux chirurgiens-dentistes souhaitant pratiquer ces soins en EHPADs, hors cabinet dédié. Des formations dans les établissements pourraient également être organisées afin de mettre en place un référent hygiène bucco-dentaire dans chaque établissement.

### o **HAD en EHPAD**

L'HAD constitue un levier important dans l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD. Les résultats observés en PACA et dans le VAR sont à saluer, la Région et le Var se caractérisant en effet par une forte implantation de l'HAD en EHPAD avec respectivement 16,7% des séjours HAD qui se déroulent en EHPAD et 13 % contre 6% au niveau national. De plus, une forte dynamique de croissance est observée dans le Var avec, une augmentation, entre 2017 et 2018, de 27 % des journées d'HAD en EHPAD versus 10 % pour le nombre total de journées.

## 4.3.3. Le renforcement des dispositifs de maintien à domicile

### a) L'aide à domicile en urgence

Le dispositif initialement mis en place est en cours d'adaptation pour permettre son intégration dans le droit commun. Le partenariat mis en place avec le CD et la CARSAT permet d'éviter des hospitalisations inutiles en favorisant le maintien à domicile en cas de défaillance soudaine de l'aidant ou de la personne elle-même.

Le CD du Var a simplifié sa procédure d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) transitoire, nécessaire pour solvabiliser l'aide à domicile, envers la PTA/CTA, afin d'octroyer une APA provisoire sous 48h à 72h, à partir de la réception du dossier. Pour couvrir ce délai de 48-72 h, nécessaires à la décision d'attribution de cette APA provisoire, l'usager sera sollicité pour financer ce temps d'heures d'Aides à domicile : la CTA vérifiera son adhésion, lui exposera le coût et celui-ci sera globalement celui du forfait hospitalier (20 €/j) si l'on intègre le dispositif des crédits /déductions d'impôts. Dans les 2 mois, l'équipe médico-sociale évalue au domicile la PA et réajuste ou invalide le plan d'aides.

Cette procédure est calquée sur le dispositif «APA directe» mis en place par le CD 83 en partenariat avec les services sociaux hospitaliers (SSR, HAD, cliniques...) sur tout le territoire varois afin de sécuriser les sorties d'hospitalisations. Le CD a ainsi formé les coordinatrices de la CTA à l'évaluation du GIR. De même, sur le Var Ouest, les coordinatrices de la PTA ont été formées par le CD en 2010 à l'évaluation du GIR et sont amenées à présenter directement des dossiers APA au conseil départemental.

En parallèle, la CARSAT Sud-Est s'est engagée à déployer, à compter de 2019, sur le territoire du Var une nouvelle prestation Aide en situation de rupture (ASIR), plus complète que le Plan d'actions personnalisé (PAP), afin d'éviter l'hospitalisation de la personne âgée. Suite à la sollicitation de la CTA/PTA, le service évaluation de la CARSAT intervient dans les 48h pour réaliser l'évaluation au domicile de la personne âgée et activer ou non le plan d'aide. Dans ce cadre, l'ASIR est rétroactive.

L'organisation de ce dispositif est en cours avec d'autres caisses de retraite de la région (CNMSS, MSA...). Les PTA doivent être en capacité de proposer ainsi aux personnes âgées des aides humaines dans un délai court, pour éviter des hospitalisations inutiles. Il convient d'intégrer cette réactivité dans les objectifs des SAAD et services de portage de repas.

### **b) EHPAD hors les murs**

Ce dispositif doit permettre à la personne âgée de rester à domicile tout en bénéficiant d'une prise en charge et d'un suivi sur 24 heures.

Il s'agit de positionner l'EHPAD comme une plateforme de ressources pour le domicile, à travers l'externalisation de certaines prestations destinées à des personnes âgées dépendantes à domicile et avec utilisation de la télésurveillance. Deux projets sont déployés sur 4 EHPADs du Var.

Les projets seront mis en place en 2019 pour une file active minimale de 30 personnes âgées dépendantes de GIR 1 à 3 dont les critères de vulnérabilité ne permettent pas un maintien à domicile sans une intervention coordonnée des services d'accompagnement (SSIAD, Infirmiers libéraux, Kinésithérapeutes, SAAD, HAD...).

### **d) Le relayage et le soutien des aidants**

La mise en place d'une expérimentation « Relayage » doit permettre aux aidants de prendre du répit en toute tranquillité, durant un à quinze jours, sans avoir à transférer leur proche dans un autre milieu que leur domicile.

Le projet sera mis en place pour une durée expérimentale de 3 ans à compter de 2019 avec un objectif cible de 170 jours de relayage sur 18 mois.

Au total, l'ensemble de ces actions permettent d'améliorer les interfaces intersectorielles, cibles prioritaires du programme, pour sécuriser le parcours.

## 4.4. La poursuite des actions de prévention et de formation au repérage et à la perte d'autonomie

### 4.4.1. Les actions de prévention

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA) permet de renforcer et de coordonner l'ensemble des actions de prévention sur le territoire et d'apporter aux collectivités territoriales et aux usagers une connaissance exhaustive et des actions de prévention sur leur commune.

Mise en place en décembre 2016 dans le Var, les programmes retenus proposent des actions collectives de prévention, de proximité, pour les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile, selon une programmation adaptée aux besoins des territoires. Ils recherchent des évolutions qualitatives dans la mise en œuvre des actions de prévention de la perte d'autonomie. Depuis l'installation de la CFPPA, le nombre de programmes de prévention a ainsi été quadruplé dans le Var, ce résultat traduisant un dynamisme collectif à maintenir.

### 4.4.2. Les formations au repérage et à la perte d'autonomie

Les actions de formation sont à poursuivre et à renforcer par le développement de formations pluri-professionnelles, inscrites dans les développements personnels continus (DPC) des différents professionnels. Ceci nécessiterait une évolution des dispositifs de DPC au niveau national.

### 4.4.3. L'éducation thérapeutique

L'absence de programmes d'éducation thérapeutique spécifiques au grand âge est une difficulté rencontrée. L'approche populationnelle est à développer dans ce cadre, incluant les aidants.

## 4.5. Les dispositifs à interroger

Deux dispositifs vont être arrêtés soit parce qu'ils sont repris par d'autres acteurs soit par manque d'efficacité.

### 4.5.1. Nettoyage d'appartement

Le service de nettoyage d'appartement prévu pour des situations type Syndromes de Diogène, solvabilisé par le PAERPA, va être suspendu au profit de l'utilisation des dispositifs de droit commun, en lien avec les CCAS.

### 4.5.2. L'hébergement temporaire - chambre relai

L'activation de l'hébergement temporaire (chambre relai) dans un EHPAD en cas de défaillance de l'aidant a un impact positif pour les personnes âgées et leurs aidants. Cependant, sa mise en œuvre s'est heurtée à des difficultés de respect des conditions d'utilisation prévues, entre autres du fait d'une forte demande à caractère social. 2 des 3 EHPAD expérimentateurs se sont retirés de l'expérimentation, remettant en cause sa pérennité.

Le développement de cette offre est dorénavant intégré dans le cadre de l'expérimentation d'EHPAD hors les murs (cf supra). Le développement de l'hébergement temporaire en post hospitalisation est par ailleurs programmé via un appel à projet régional.

## 4.6. Les enjeux de la communication et du Système d'information

Jusqu'à présent les bénéficiaires du programme PAERPA n'ont profité qu'à un nombre limité de personnes âgées. Pour prendre en charge une grande partie de la population du département du Var, il convient de consolider les actions de communication d'une part, de renforcer la coordination et l'implication des acteurs via un système d'information adapté d'autre part et enfin de déployer plus largement la télémédecine.

### 4.5.1. La communication

Comme illustré dans ce rapport, les actions de communication envers les professionnels et l'ensemble des partenaires et utilisateurs des services de PTA sont essentielles à la diffusion et à l'appropriation de la dynamique parcours.

Si la stratégie de communication retenue en PACA et mise en œuvre par les PTA, de façon homogène, centrée sur des éléments de langage communs visant à faciliter la lisibilité des services proposés aux professionnels, s'est avérée efficace, le bilan traduit la nécessité de poursuivre le déploiement de cette communication.

Dans ce cadre les PTA sont invitées à :

- Déployer un plan de communication pluriannuel notamment envers les professionnels sur les prestations offertes par la PTA ;
- Utiliser les modalités diverses de communication (supports de communication variés, soirées d'information à destination des acteurs, participation aux réunions des partenaires ou aux événements etc.).

Il convient d'intégrer dans le budget des CTA/PTA une ligne budgétaire associée à la communication.

## 4.6.2. Déploiement du projet e-parcours et développement de la télémédecine

### a) Le projet e-parcours

L'expérience PAERPA a clairement permis d'identifier les limites techniques pour le développement des systèmes d'informations dédiés à la coordination et au parcours, et mis en exergue de manière prégnante les chantiers à mener pour y remédier dans les mois et années à venir.

Ces travaux et les moyens qu'ils requièrent vont pouvoir être assurés en partie au travers du programme e-Parcours. En marge de l'expérience PAERPA, l'ARS a en effet défini au cours de l'année 2018, en collaboration avec les partenaires de la région, la stratégie e-Parcours déclinée du programme national. Ces travaux, enrichis de l'expérience et des écueils de l'expérimentation de PAERPA en matière de SI, ont permis d'obtenir les aides financières nationales pour 3 territoires pilote dont le Var Est.

La mise en œuvre effective des SNACs dépend encore de la réalisation du marché cadre national dédié à l'e-Parcours, a pris quelques mois de retard est toujours en cours. L'ARS Paca participe à la sélection des éditeurs qui figureront dans l'accord-cadre national. La sélection est prévue au cours de l'année 2019. Dans l'attente de la réalisation des marchés subséquent régionaux adossés au marché cadre (et le choix de la suite logicielle e-Parcours privilégiée en région), les PTA conservent le TERCO.

L'expérience PAERPA à l'instar de TSN, a permis de mettre en évidence le fait que le développement de l'e-Parcours nécessitait :

- **Le déploiement des briques socles du SI régional :**
  - Peuplement du ROR (volet libéral notamment),
  - Partage d'une identité patient commune. Interfaçage avec le Serveur Régional d'Identité et de Rapprochement (SRIR) en attendant la mise en œuvre et la généralisation de l'INS,
  - Connexion au SI de coordination et à celui des PS,
  - DMP compatibilité...
- **Le développement de l'interopérabilité** des SI de coordination des PS (logiciel métier), et acteurs institutionnels (CPAM, CD...) ;
- **Une recherche constante d'amélioration** des outils en matière d'ergonomie pour l'adhésion des professionnels de santé.

Concernant les services socles, prérequis au développement de services transversaux dédiés aux parcours, la poursuite des travaux sur le territoire PAERPA (et plus globalement sur le Var dans une perspective de généralisation), va pouvoir bénéficier d'un fort accompagnement de l'ARS PACA dans les 4 années à venir. Ces chantiers ont été estimés, planifiés, valorisés et validés dans le cadre de l'élaboration du **Schéma Directeur Régional des Système d'Information de la région PACA pour la période 2019-2022**. Il est à noter en substance :

- Dans l'attente de la mise en œuvre du NIR / INS pour laquelle la région est tributaire des précisions nationales, le GRADES PACA poursuit le déploiement du **serveur régional de rapprochement et d'identité (SRIR) auprès des établissements de santé**. Le SI du GHT 83 a intégré cette dimension dans son schéma directeur SI du GHT. Enfin il est prévu de connecter la future plate-forme e-Parcours au SRIR.
- Un effort particulier sera fourni concernant le ROR PACA :
  - D'un point de vue global, l'ARS et le GRADES PACA poursuivent leur action commune pour le peuplement du ROR. L'objectif est atteint en région sur le volet Sanitaire, l'action se concentrera au cours des années 2019 et 2020 sur les champs médico-social/social et libéral ;
  - Un effort particulier sera fourni pour le peuplement de professionnel libéraux avec des projets permettant d'améliorer l'ergonomie de l'outil (workflow de validation ou de notification...). En sus, des moyens particuliers pourront être alloués aux acteurs du terrain (DAC par exemple) pour dynamiser le peuplement du ROR sur ce volet ;
  - Il est à noter que l'efficacité et la pertinence du ROR est aussi fortement dépendante de la fiabilité et l'homogénéité des référentiels nationaux (RPPS, AMELI...);

- Concernant le DMP, le programme HOP'EN fait de l'alimentation du DMP un prérequis pour tout ES souhaitant bénéficier d'un soutien financier. En outre la collaboration entre l'ARS, l'Assurance Maladie, avec l'appui du GRADeS PACA, contribue à développer le déploiement de la DMP Compatibilité.
- Enfin, le développement des usages via la MSSante est également un des prérequis au programme HOPEN et constitue une des cibles fonctionnelles de ce programme.

La consolidation de l'ensemble des services socle permettront réellement la mise en œuvre des services numériques dédiés à la coordination et au parcours. La montée en puissance de ces dispositifs pourra être réalisée dans le territoire du Var-est, et potentiellement du Var, dès l'année 2020.

Les services déployés seront accessibles aux professionnels via l'Espace Numérique Régionale en Santé (ENRS) et potentiellement aux usagers (en articulation avec le déploiement du site national « Sante.fr »).

Le nouvel outil E-parcours devra être ROR, SRIR, DMP et MSS compatible (prévu dans le CCTP du marché cadre). Au-delà des objectifs définis précisément dans le dossier de candidature du projet SNACs Var Est, les axes d'études et développement pourront concernés :

- Le repérage par les SAAD,
- La communication avec les équipes mobiles.

Les travaux pourront étudier et développer en outre la normalisation des échanges avec :

- Les urgences en favorisant la communication de la grille de repérage ;
- Les services d'hospitalisation en favorisant la communication de lettre du médecin traitant, de la grille de repérage, du compte rendu d'hospitalisation ;
- Les CPTS ;
- Les professionnels de santé libéraux ;
- La CPAM en particulier sur la simplification de la liquidation des PPS.

Sur des sujets plus spécifiques à PAERPA et aux PA, les services de coordination viseront notamment à produire des tableaux de bord en un clic sur la base des besoins de la personne âgée et des services rendus selon la typologie utilisée du maintien à domicile de la personne âgée.

Notons enfin qu'un effort particulier devra être porté pour faciliter l'accès des professionnels de santé à ces services. Avant toute chose, l'expérience PAERPA a montré que le défi des usages ne se gagne qu'à partir du moment où les professionnels ont le sentiment d'utiliser facilement, sans perdre de temps, un service avec une valeur ajoutée immédiate.

## **b) La télé médecine**

Le CHI de Fréjus St Raphaël, le CH de la Dracénie et le CH de St Tropez ont mis en place une plateforme d'accueil de régulation et d'orientation des demandes d'avis de télé médecine (téléexpertise) à destination d'EHPAD. Les spécialités concernées sont : la dermatologie et la prise en charge des plaies chroniques ou complexes, l'oncologie, la cardiologie, la rhumatologie. Alors que les bénéfices de ce type d'offre ne sont plus à démontrer, le nombre d'actes réalisés est faible.

Ce résultat peut s'expliquer par le statut public de la majorité des EHPAD associés, disposant de fait d'un accès à des consultations spécialisées hospitalières directes. L'extension de cette offre vers les EHPAD privés est recommandée ainsi que le développement de téléconsultations, en complément à la télé expertise.

Enfin, un projet de téléconsultation et de télé expertise en psychiatrie doit être déployé en 2019 dans le cadre du projet PAERPA Var Est dont les résultats mériteront une évaluation spécifique.



# 5. Conclusion

Les professionnels du département du Var, sous l'impulsion de l'ARS et avec un appui déterminant de la Délégation Départementale du Var, se sont engagés dans l'expérimentation de PAERPA dans un moment charnière où le parcours de la personne, porteuse de maladies chroniques et en risque de perte d'autonomie, est en passe d'être reconnu dans le système de santé comme une évidence de droit commun dans nos organisations territoriales.

L'engagement des acteurs dont témoigne ce rapport a très vite montré que la mise en place ambitieuse de nouvelles organisations plus transversales et moins en silo ainsi que l'amélioration qualitative du service rendu aux personnes grâce à des pratiques de plus en plus collaboratives étaient à l'œuvre.

Le Var à l'horizon 2040 verra sa population âgée de 75 ans et plus augmenter de 50%, celle des 85 ans et plus tripler.

La variété de l'offre en santé sur le territoire et les besoins spécifiques pour une population, dont une partie est très précaire sur le plan socio-économique, obligent les professionnels à apporter des réponses bien différenciées.

Le co pilotage ARS-Conseil Départemental s'est inscrit dans cette volonté de travailler avec l'ensemble des partenaires pour faire face à cette diversité ; on peut noter particulièrement l'engagement du conseil départemental, celui de la CPAM et de la Carsat et la représentation quasi exhaustive de l'ensemble des professionnels dans les instances stratégiques et opérationnelles.

La montée en charge et le nombre des sollicitations de la CTA et PTA témoignent de cette mobilisation des partenaires : 33% des médecins généralistes du Var-Est sont impliqués dans un PPS après moins de 24 mois de déploiement du programme.

Outre cette mobilisation, le travail interstitiel réalisé par les équipes mobiles, en lien avec les établissements de santé, se traduit par une diminution des hospitalisations non programmées et une réduction des passages aux urgences sur le Var-Est.

Le repérage de la fragilité aux urgences et au sein des établissements, ainsi que la mise en place d'un numéro unique accessible aux médecins permettent des hospitalisations plus pertinentes.

De nombreux EHPAD se sont engagés à apporter des prestations complémentaires, aussi bien en alternative à l'institutionnalisation complète qu'en nouveaux services.

Un certain nombre d'actions doivent poursuivre leur déploiement : prévention nosocomiale, conciliation médicamenteuse, renforcement de l'appui au domicile ... mais le mouvement est lancé.

Les actions de formation ainsi que le travail intensif de communication ont permis aux acteurs de s'inscrire dans le partage et l'échange d'information, support à la pratique collaborative.

Aujourd'hui la mise en œuvre du suivi pluri professionnel permet une prise en charge optimisée pour le patient et ainsi qu'un effet de réassurance pour l'usager comme pour l'entourage. Ce travail réalisé se traduit par la bonne place du Var dans le classement des indicateurs ANAP.

Autant d'éléments qui soutiennent donc la nécessité de pérenniser la majorité des actions de la feuille de route. Il conviendra de mettre à disposition tous les outils du système d'information, facteur clé de réussite.

Ce rapport s'est appuyé sur les bilans réalisés par les acteurs eux-mêmes. La traçabilité et le suivi des actions engagées permettront les mesures d'impacts à moyen et long terme, temps nécessaire pour apprécier l'efficacité de cette expérimentation qui engage les acteurs des 4 champs, hospitalier, libéral, médico-social et social.

# Remerciements

L'ARS remercie l'ensemble des partenaires ayant participé au bilan du programme PAERPA

Florian André	Détecticien nutritionniste - Coordonnateur	MSP Tourves
Elisabeth Artu	Représentant usager	CRERA
Wilfrid Bélot	Responsable de service	ARS PACA
Franck Bovis	Responsable de département	CARSAT
Dr Martine Broquier	Médecin coordonnateur	PTA Var-Ouest
Marie-Frédérique Brun	Responsable régionale Rhône Alpes	GRIEPS
Françoise Buisson	Directrice	CCAS de Saint-Raphaël
Catherine Certari	Pilote Parcours Projet Territoire de la Dracénié	CTA Var-Est
Dr Laurence Chaix	Chef de Pôle gériatrie	Centre Hospitalier de la Dracénié
Louise Charles	Responsable de la Mission SACO	ARS PACA
Dr Christian Chili	Représentant Var-Est	URPS ML
Arnaud Claquin	Pilote Parcours Projet Territoire Littoral Ouest Var	CCAS Toulon
Lucienne Claustres	Présidente	URPS IDEL
Isabelle Collange	Responsable du service APA à domicile	Conseil Départemental du VAR
Dr Sophie Cornée Bertaud	Responsable UCC - Vice-président CME	Centre Hospitalier de Fréjus Saint-Raphaël
Christophe Curto	Directeur de projet	ARS PACA
Sophie De Nicolaï	Directrice déléguée	CARSAT
Jessica Decourcelle	Chargée de mission	PTA Var-Ouest
Christine Duffaud	Responsable PTA	PTA Var-Ouest
Frédéric Gastou	Directeur adjoint de l'autonomie	Conseil Départemental du VAR
Dr Geneviève Haggai Driguez	Médecin coordonnateur	Résidence Colonel PICOT
Dr Françoise Kaidomar	Chef de Pôle gériatrie	Centre Hospitalier de Fréjus Saint-Raphaël
Patrick Karsenti	Président association	Association IDEL (AILH)
Julia Lajarrige	Chargée de mission	Alzheimer Aidants Var
Marie-Jeanne Languillat	Directrice	EHPAD Figanières
Isabelle Ledroit	Chargée de mission	URPS Pharmacien
Marie Lefranc	Chargée de mission	URPS ML
Didier Lesèche	Chargé de mission PAERPA	ARS PACA
Corinne Lorenzo	Pilote Parcours Projet Territoire de Var-Estérel, Pays Fayence	CTA Var-Est
Léo Malfant	Directeur	SAAD Provence Aide Service
Laure Marcelli	Gestionnaire cartographie	ARS PACA
Christine Marenaski	Directrice	SSIAD de Flayosc
Christine Nesle	Pilote Parcours Projet Territoire de Provence Verte	MAIA Provence Verte
Jean-Bernard Perdigal	Directeur	HAD Santé Solidarité du VAR
Maria Peres	Présidente	Association IDEL (AILEV)
Brigitte Perraud	Directrice	Alzheimer Aidants Var
Claude Perrin	Directeur adjoint	Centre Hospitalier de Fréjus Saint-Raphaël
Dr Virgine Piano	Responsable CTA	CTA Var-Est
Claire Prévotéau	Chargée de mission PAERPA	ARS PACA
Dr Diane Pulvenis	Chef de projet PAERPA	ARS PACA
Dr Daniel Raucoules	Chef du Pôle de Psychiatrie Générale Adulte	CHITS
Pierre Ribaud	Gestionnaire médico-social	ARS PACA
Dr Nicole Rocheccioli-Lupi	Médecin Psychiatre	Centre Hospitalier de Pierrefeu
Florence Ronsoux	Directrice générale CCAS porteur MAIA	CCAS Toulon
Jean-Christophe Rousseau	Directeur	Centre Hospitalier de la Dracénié
Dr Laurent Saccomano	Président URPS ML	URPS ML
Réjane Santamaria	Directrice EHPAD Henri Dunant	EHPAD Henri Dunant
Eric SCHIANO	Directeur	Collectif SSIAD Varois
Solange Schneider	Chargée de programmes de santé	ARS PACA
Michel Siffre	Président	URPS Pharmacien
Laurent Simon	Responsable E-Santé	ARS PACA
Samuel Tailhades	Directeur	Etablissement de Santé Jean Lachenaud
Géraldine Tonnaire	Responsable département DEEE	ARS PACA
Dr Florence Toureille	Médecin conseil chef de service adjoint, ULAF, USA, PRADO	CNAMTS
Dr Marie-Christine Tuffery	Représentant Var-Ouest	URPS ML
Dr Roselyne Valentin	Médecin Psychiatre	Centre Hospitalier de Fréjus Saint-Raphaël
Nadège Verlaque	Responsable de service	ARS PACA

# Index des tableaux

## Cartes

Carte 1 - Densité des médecins généralistes libéraux dans le département du Var par Bassin de vie.....	12
Carte 2 - Densités départementales des médecins spécialistes en gériatrie, 2016 .....	13
Carte 3 - Innovations en EHPAD dans le Var.....	45
Carte 4 - Nombre de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus, 2017 .....	66
Carte 5 - Taux de prise en charge des personnes âgées par la CTA du Var Est en fonction du nombre de PA dans la commune	69
Carte 6 - Taux de prise en charge des personnes âgées par la PTA du Var Ouest en fonction du nombre de PA dans la commune	69
Carte 7 - Taux de médecins généralistes impactés par la CTA Var Est par commune.....	72
Carte 8 - Taux d'infirmiers impactés par la CTA Var Est par commune.....	72
Carte 9 - Taux de médecins généralistes impactés par la PTA Var Ouest par commune.....	73
Carte 10 - Taux d'infirmiers impactés par la PTA Var Ouest par commune.....	73

## Graphiques

Graphique 1 - Nbre d'instances de gouvernance par trimestre sur le Var Est et Var Ouest - années 2017 et 2018.....	17
Graphique 2 - Nbre de sollicitations des CTA/PTA par les professionnels pour les territoires de la 2ème vague d'expérimentation	19
Graphique 3 - % des personnes âgées ayant bénéficié d'un PPS pour les territoires PAERPA de 2ème vague, inclus depuis 2016	20
Graphique 4 - Evolution du nombre de sollicitations à la CTA par trimestre entre T2 2017 et T4 2018 .....	26
Graphique 5 - Répartition des sollicitations de la CTA VAR-EST de mai 2017 à décembre 2018.....	26
Graphique 6 - Focus sur les sollicitations des professionnels de santé libéraux .....	27
Graphique 7 - Evolution du nbre de sollicitations mensuelles des professionnels de santé libéraux du 05/2017 à 12/2018 .....	27
Graphique 8 - Evolution du nombre de dossiers mensuels de la CTA de mai 2017 à décembre 2018.....	28
Graphique 9 - Typologie des interventions mensuelles de la CTA Var Est de mai 2017 à décembre 2018 .....	28
Graphique 10 - Répartition des interventions de la PTA VAR OUEST du 1er juillet 2018 au 25 novembre 2018 .....	30
Graphique 11 - Evolution du nombre de PPS validés par territoire du 3ème trimestre 2017 au 4ème trimestre 2018 .....	32
Graphique 12 - Nombre de PPS mensuels validés par mois sur les territoires Var Est et Var Ouest.....	33
Graphique 13 - Evolution de la file active de l'EMGEH entre 2017 et fin octobre 2018.....	34
Graphique 14 - Nombre d'interventions de l'EMGEH entre 2017 et fin octobre 2018.....	34
Graphique 15 - Format d'intervention de l'EMGEH (15/09/2017 au 30/10/2018).....	35
Graphique 16 - Motifs de la demande d'intervention de l'EMGEH (15/09/2017 au 30/10/2018) .....	35
Graphique 17 - Nbre de patients ayant bénéficié d'une expertise gériatrique - moyenne par an et total du 01/2017 au 11/2018 .....	37
Graphique 18 - Présentation des 7 premiers principaux diagnostics identifiés par l'EMPSA Var Est d'oct 2017 à oct2018.....	38
Graphique 19 - Signalement SAAD 2018 à la CTA Var Est .....	50
Graphique 20 - Nbre d'évènements de sensibilisation réalisé par la CTA et PTA par trimestre pour 2017 et 2018.....	51
Graphique 21 - Evolution du nbre de sollicitations à la CTA de mai 2017 à oct 2018 en fonction des actions de communication.....	52
Graphique 22 - Evolution du nombre de PPS à la CTA dans le temps .....	52
Graphique 23 - Répartition des financements par territoire .....	56
Graphique 24 - Répartition des financements par grands types d'action pour l'ensemble du département .....	56
Graphique 25 - Taux de recours aux hospitalisations en MC non programmées pour 1000 habitants de + de 75 ans, sur les 9 premiers mois de 2014 à 2018 .....	59
Graphique 26 - Evolution du taux de recours à l'hospitalisation des 75 ans et plus, 2014-2018 .....	60
Graphique 27 - Taux de recours aux urgences des PA non suivis d'une hospitalisation, pour 1000 habitants de + de 75 ans, sur les 9 premiers mois de 2014 à 2018 .....	61

## Tableaux

Tableau 1 - Densité des professionnels de santé libéraux et pharmacie dans le Var, 2014-2017 .....	15
Tableau 2 - Les nouveaux dispositifs déployés au sein du programme PAERPA dans le département du VAR.....	23
Tableau 3 - Analyse des passages aux urgences des CHs du Var Est pour les personnes âgées de 75 ans et +, 2016-2018.....	62
Tableau 4 - Analyse des passages aux urgences des CHs du Var Ouest pour les personnes âgées de 75 ans et +, 2016-2018.....	62
Tableau 5 - Les dispositifs déployés au sein du programme PAERPA dans le département du VAR .....	63

## Figures

Figure 1 : Les instances de pilotage et de coordination des parcours en PACA.....	15
Figure 2 - Le pilotage opérationnel du programme PAERPA.....	16
Figure 3 : La démarche PAERPA et ses grandes étapes dans le département du VAR.....	18
Figure 4 - Offre de services de la CTA.....	25

# Glossaire

- AEG** : Altération de l'état général
- ALD** : Affection de longue durée
- APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- APAD** : Aide et présence à domicile
- APAE** : Allocation personnalisée d'autonomie en établissement
- ARE** : Aide de retour à l'emploi
- ARS** : Agence régionale de santé
- CARSAT** : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- CATTP** : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
- CCAS** : Caisse centrale d'activités sociales
- CCOPd** : Commission de coordination de l'offre de proximité départementale
- CCOPr** : Commission de Coordination de l'Offre de Proximité régionale
- CCP** : Commission Consultative Paritaire
- CD** : Conseil Départemental
- CDOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CFPPA** : Conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées
- CH** : Centre Hospitalier
- CHD** : Centre Hospitalier de la Dracénie (ou de Draguignan)
- CHI** : Centre Hospitalier Intercommunal
- CHIFSR** : Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus St Raphael
- CIAS** : Centre Intercommunal d'Action Sociale
- CLIC** : Centre local d'information et de coordination
- CLS** : Contrat local de Santé
- COMOP** : Comité Opérationnel
- COPIL** : Comité de Pilotage
- COS** : Centre d'orientation sociale
- COSTRAT** : comité stratégique départemental
- CPAM (ou CNAMTS)** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- CSAPA** : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CSG** : Court séjour gériatrique
- CTA** : Coordination territoriale d'appui
- DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- DD** : Délégation Départementale
- DES** : Diplôme d'études spécialisées
- DLU** : Dossier de liaison d'urgence
- DMP** : Dossier médical Partagé
- DMS** : Durée moyenne de séjour
- DPC** : Développement personnel continu
- DPI** : Dossier patient informatisé

**DRSM** : Directions régionales du Service Médical  
**DSDP** : Direction des Soins de Proximité  
**EM** : Equipe Mobile  
**EMGEH** : Equipe mobile gériatrique extra hospitalière  
**EMPSA** : Equipe mobile de psychiatrie du sujet âgé  
**EGS** : Évaluation gérontologique standardisée  
**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante  
**ES** : Établissement de santé  
**ETP** : Équivalent temps plein  
**FIR** : Fonds d'intervention régional  
**GHT** : Groupement Hospitalier de territoire  
**GIR** : Groupe iso-ressources  
**GRADeS** : Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HC** : Hospitalisation complète  
**HJ** : Hospitalisation de jour  
**HDJ** : Hôpital de jour  
**HOP'EN** : Hôpital numérique ouvert sur son environnement  
**HS** : Hospitalisation de semaine  
**HT** : Hébergement temporaire  
**IDE** : Infirmier Diplômé d'État  
**IDEL** : Infirmier Diplômé d'État libéral  
**INS** : Identifiant National de Santé  
**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques  
**IRC** : Instance Collégiale Régionale  
**MAIA** : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer  
**MC** : Médecine Chirurgie  
**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique  
**ML** : Médecins libéraux  
**MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle  
**PA** : Personne âgée  
**PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**PAERPA** : Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie  
**PASA** : Pôles d'activités et de soins adaptés  
**PMP** : Projet Médical Partagé  
**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
**PPS** : Plan personnalisé de santé  
**PRADO** : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile  
**PTA** : Plateforme territoriale d'appui  
**RPPS** : Répertoire partagé des professionnels de santé  
**RPU** : Résumé de passage aux urgences  
**ROR** : Répertoire Opérationnel des Ressources  
**SAAD** : Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile

**SACO** : services d'appui à la coordination des parcours complexes

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SI** : Système d'information

**SNAC** : Services Numériques d'Appui à la Coordination

**SRIR** : Serveur Régional d'Identité et de Rapprochement

**SSIAD** : Services de soins infirmiers à domicile

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**SU** : Services d'urgence

**TERCO** : Terminal de coordination

**TRST** : Triage risk screening tool

**TSN** : Territoires de soins numériques

**UCC** : Unité Cognitivo-Comportementale

**UM** : Unité médicale

**URPS** : Unions Régionales de Professionnels de Santé

**VE** : Var Est

**VO** : Var Ouest



# CONSTRUIRE ENSEMBLE LE PARCOURS DE SANTÉ DES AÎNÉS

