

# PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ALZHEIMER ET PARCOURS DE SANTÉ DES PAERPA. QUELLES CONVERGENCES ?

---

**CLAUDE JEANDEL**

*CHU Montpellier*

*Université Montpellier*

2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

© Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Les enjeux de la prise en charge des personnes en risque de perte d'autonomie

## Démographiques

Prévision d'accroissement important de la population âgée : les **75 ans** et plus pourraient quasiment doubler d'ici **2050**, représentant **16 % de la population** française contre environ **8,8 %** aujourd'hui

## Sanitaires

L'importance croissante de **la maladie chronique, de la polypathologie** et de leurs conséquences sur les actes de la vie quotidienne, fréquence du recours aux soins hospitaliers

## Financiers

Pour les personnes dépendantes, le rapport du HCAAM « assurance maladie et perte d'autonomie » établit une fourchette de dépenses d'assurance maladie allant de **9 Md€ à 21 Md€** selon le périmètre retenu.

Enjeu encore plus important pour la population en risque de perte d'autonomie, avec plusieurs financeurs concernés (finances locales, familles à travers les restes à charge)

## Ethiques

**Qualité de vie, libre choix, juste soin**

2014 © Congrès National des Unites de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Les pathologies les plus fréquentes chez les 75 ans et +

**Attention:** données non additives, un même patient pouvant avoir plusieurs pathologies

| Catégories de patients  | Personnes de 75 ans et +<br>(n = 4 631 236 ind.) |      | Échantillon 60-74 ans<br>(n = 997 942 ind.) |      |
|---|--|------|---|------|
|   | Effectifs  | %    | Effectifs                                   | %    |
| HTA traitée   | 3 145 228  | 68%  | 472 374                                     | 47%  |
| Hyperlipidémie traitée  | 1 810 055  | 39%  | 356 702                                     | 36%  |
| Diabète traité  | 659 857  | 14%  | 130 784                                     | 13%  |
| Pathologies cardio-vasculaires                                    | 1 323 981  | 29%  | 126 624                                     | 13%  |
| Pathologies neuro-psychiatriques autres*<br>qu'Alzheimer/démences | 924 957  | 20%  | 132 874                                     | 13%  |
| <i>dont Parkinson</i>   | 106 914  | 2,3% | 5 972                                       | 0,6% |
| Cancers   | 671 615  | 15%  | 102 219                                     | 10%  |
| Asthme ou BPCO  | 422 349  | 9%   | 66 499                                      | 7%   |
| Alzheimer et autres démences                                      | 327 045  | 7%   | 5 224                                       | 0,5% |
| Pathologies rhumatismales et<br>inflammatoires                    | 60 481   | 1,3% | 11 210                                      | 1,1% |
| Maladies chroniques actives du foie et<br>cirrhoses               | 17 426   | 0,4% | 5 935                                       | 0,6% |
| Dialyse et greffe rénale  | 13 019   | 0,3% | 1 534                                       | 0,2% |

\*Névroses, psychoses, dépression, retard mental, parkinson, épilepsie, sclérose en plaques...

# La problématique générale

Fragmentation du système d'aide et de soins entre

- Secteurs sanitaire, médico-social et social
- Secteur hospitalier et secteur des soins de ville
- Services de court séjour et soins de longue durée,
- Le privé, le public et l'associatif
- Mais aussi entre niveaux décisionnels national, régional, département et communal

2014 © Congrès Nationaux des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2014 © Congrès Nationaux des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Illustration de la fragmentation du système d'aide et de soins

DGS, DGOS, DSS, DGCS, CNSA, CNAM, CNAV, MSA, RSI

ARS, Conseil Général, Mairies, Caisses d'assurance maladie

Libéraux de ville

Conseil Général  
(Agences, MDPH,  
UTAG)

Autres Services  
sociaux  
(CCAS, CIAS, Carsat,  
MSA...)

Secteur  
hospitalier  
(hôpital,  
cliniques, SSR)

Réseaux (soins  
palliatifs, plaies et  
cicatrisation, etc...)

CLIC

Associations

SERVICES  
SOCIAUX  
DU  
SANITAIRE

Services aide  
à domicile

Mandataires  
judiciaires  
(public/privé/libéral)

Ressources médicales  
et paramédicales  
(Pharmacie, SSIAD,  
HAD....)

Services  
Adaptation du  
domicile



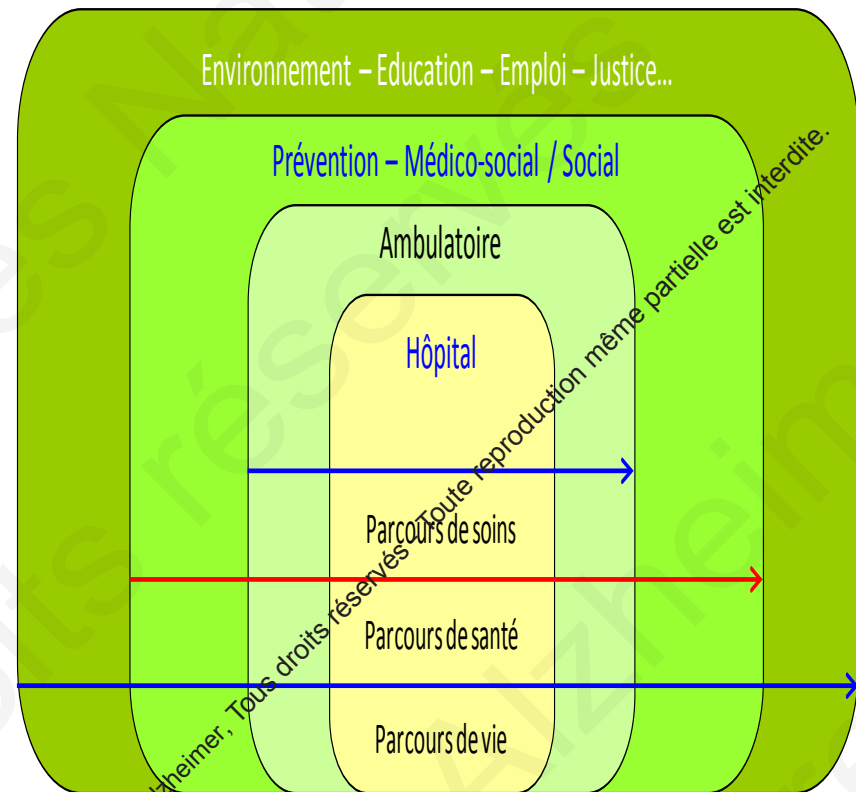
POPULATION (personnes âgées et/ou entourage)

# Définitions

- Un parcours se définit comme la **prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné**, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix,
- nécessitant **l'action coordonnée des acteurs** de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social,
- et **intégrant les facteurs déterminants de la santé** que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

# Definitions

- parcours de soins** : soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, Unité de soins de longue durée USLD et ENPAD ;
- parcours de santé** : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;
- parcours de vie** : parcours de la personne dans son environnement : scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...



# Enjeux

- Permettre aux personnes d'avoir accès à des parcours **lisibles, accessibles, complets et de qualité**, pour une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins ;
- Répondre à une recherche d'**équité** et d'**égalité d'accès** à la santé ;
- Satisfaire la demande des **patients** et de leur **entourage**, en **adaptant les soins et services** aux besoins de la population ;
- **Fluidifier les prises en charge** par différents leviers ;
- **Rationaliser** et améliorer l'**efficience** de l'ensemble de l'offre de soins et de santé.



# Pourquoi une approche parcours ?

Approche classique

Structure

Pathologie

Approche parcours

Besoins  
de la personne

(sanitaire, sociaux  
et médico-sociaux)

## ■ Objectifs

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

⇒ Identification des étapes sous-optimales

⇒ Rendre chacun co-responsable de la couverture des besoins de la population.

- En résumé: faire en sorte qu'une population reçoive **les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment**. Le tout au meilleur coût.

# Les initiatives

■ Au niveau national, de nombreuses initiatives existent depuis 10 ans, elles sont portées par :

▶ le ministère : plans **Alzheimer**, AVC, obésité,...

▶ l'assurance maladie et les complémentaires : programmes Sophia, PRADO...

▶ les agences et les opérateurs, INCA, ANAP...

■ De nombreux outils organisationnels et financiers ont été mis en place :

réseaux, **filières**, CHT de territoire, maison de santé, MAIA, coopérations interprofessionnelles, CAPI, nouveaux modes de rémunération...

2014 © Congrès National des Unites pour la prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Parcours et Filière de soins Alzheimer

Association de Famille

Equipe spécialisée Alzheimer

Accueil de jour

Accueil Temporaire

...

CMRR

Consultation mémoire

Hôpital de jour

Soins de suite et de réadaptation

...

**MAIA**

Court séjour gériatrique

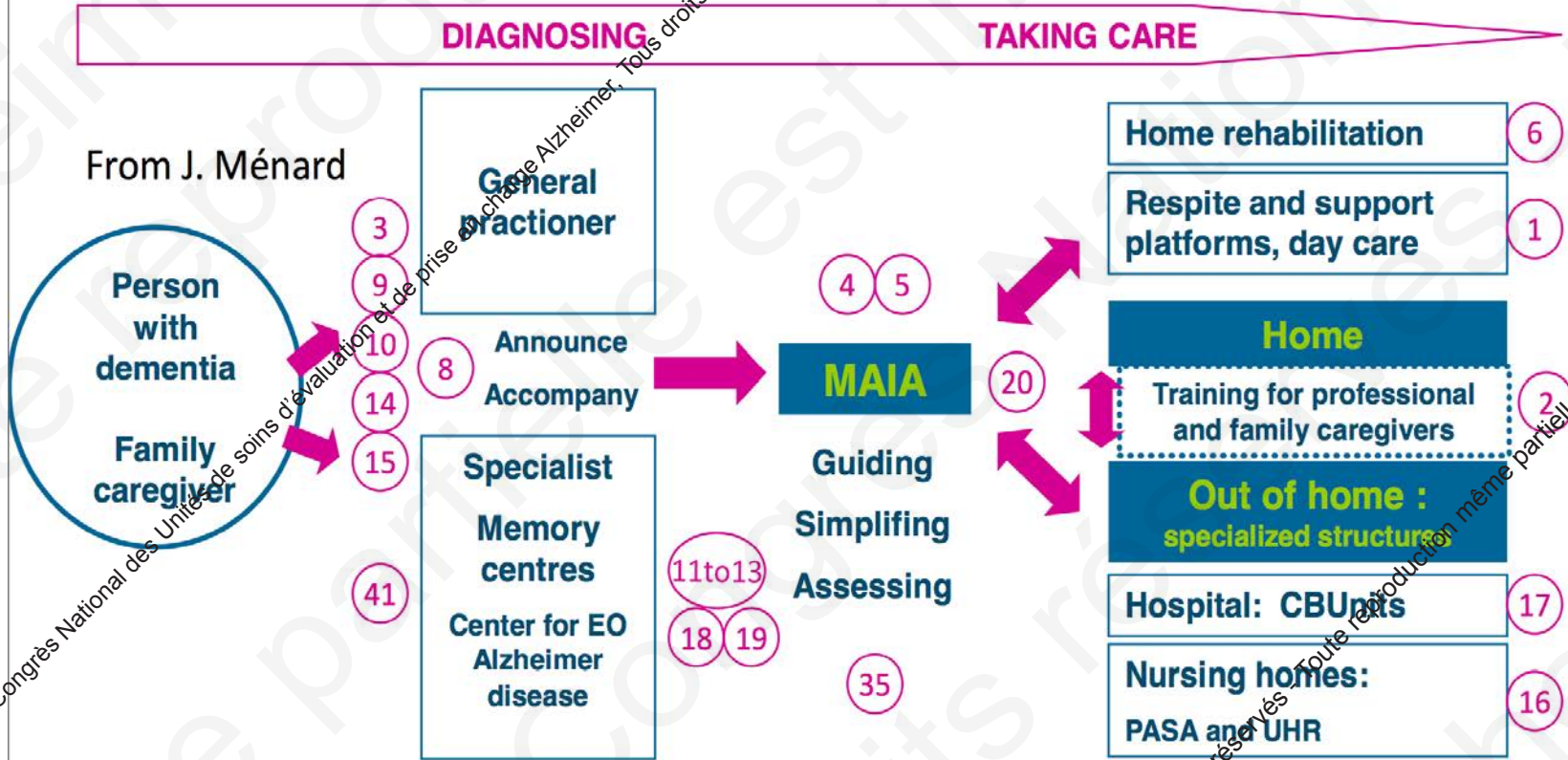
UCC

EHPAD

UHR

PASA

# Personal pathway for a person with dementia : Alzheimer's plan : 2012



Changing the way we look at dementia – Respecting everyone – A European key issue

## RESEARCHING TO CURE, CARE AND INCREASE QUALITY OF LIFE

Basic    Clinical    Therapeutical    Epidemiological    Social and Human

7    21à34    43

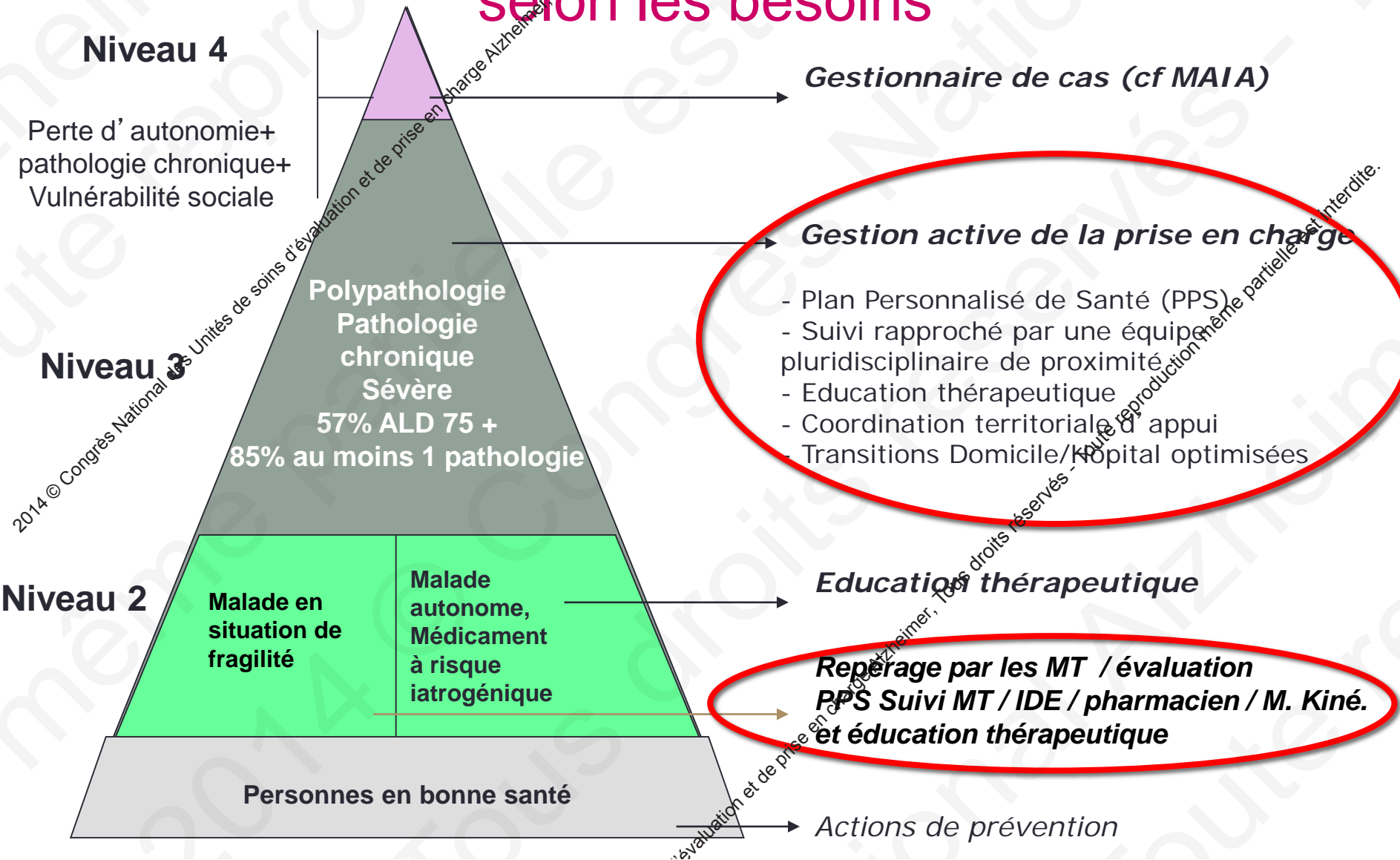
2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# Les initiatives

- Au niveau national, de nombreuses initiatives existent depuis 10 ans, elles sont portées par :
  - ▶ le ministère : plans de santé publique, Alzheimer, AVC, obésité,...
  - ▶ l'assurance maladie et les complémentaires : programmes Sophia PRADO...
  - ▶ Les agences et les opérateurs, INCA, ANAP...
- De nombreux outils organisationnels et financiers ont été mis en place : réseaux, filières, CHT de territoire, maison de santé, MAIA, coopérations interprofessionnelles, CAPI, nouveaux modes de rémunération...

***Ces initiatives ne mobilisent qu'une partie restreinte des acteurs et ne touchent pas l'ensemble des organisations et des financements.***

# Des niveaux de prise en charge différenciés selon les besoins

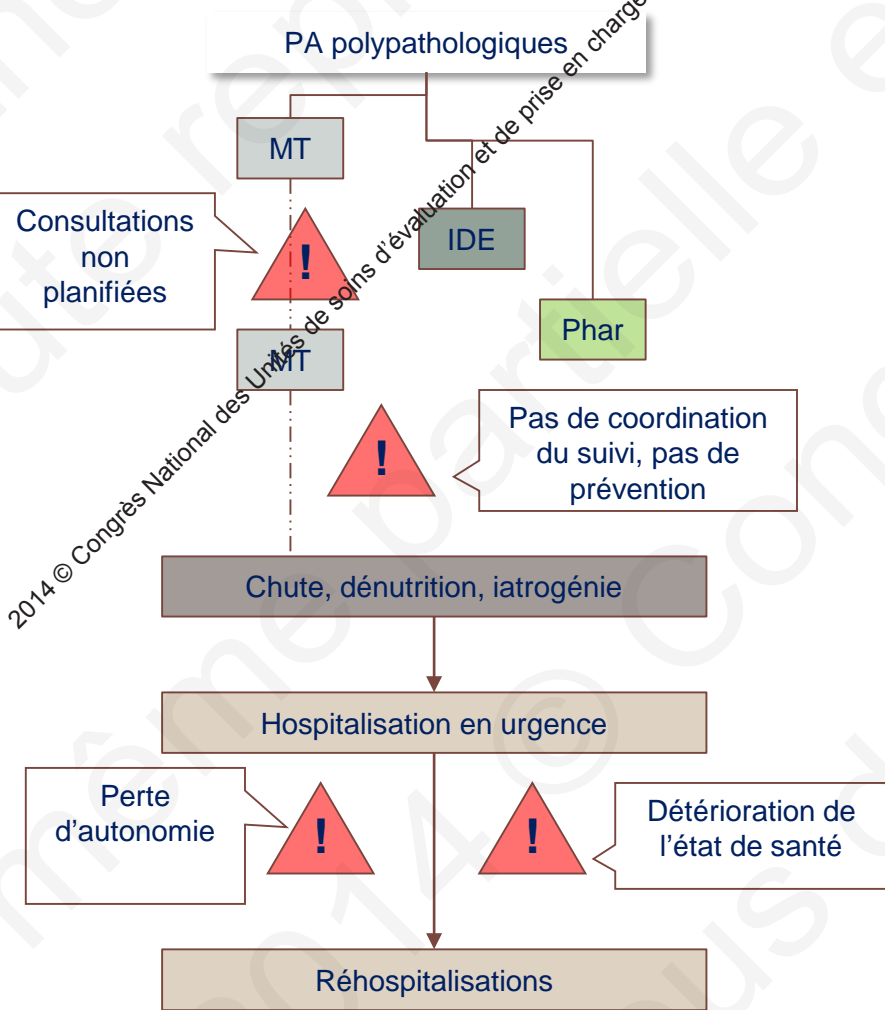


# Les dispositifs PAERPA

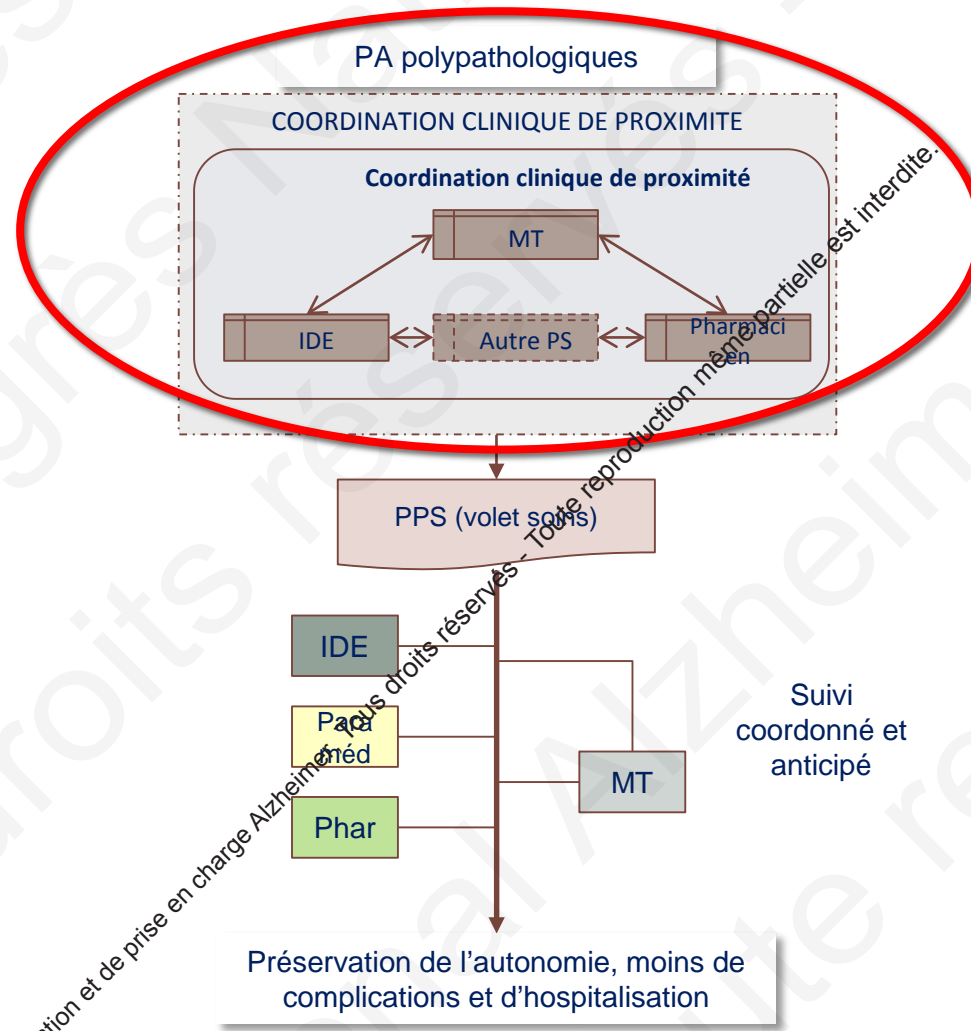
- **La coordination clinique de proximité (CCP)**
- **La coordination territoriale d'appui (CTA)**
- **Les transitions ville (EHPAD)-hôpital**
- **Les dispositifs intra-hospitaliers**
- **Les dispositifs en EHPAD**

# La coordination clinique de proximité

## Situation actuelle



## Avec les projets pilotes



2014 © Congrès National des Unifs de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To-

Toute reproduction même partielle est interdite.

évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To-



# Formaliser le travail à plusieurs dans le cadre d'une CCP

- Formalisation au plus près de la personne d'une CCP, rassemblant :
  - autour du MT
  - un **IDE** (libéral/SSIAD), un **pharmacien** d'officine,
  - et le moment venu un **MK** ou autre professionnel de santé.
- **Travail en équipe** à formaliser pour :
  - élaborer, suivre et actualiser le **plan personnalisé de santé (PPS)**.
  - PPS : soins dont éducation thérapeutique (ETP) et aides
- Travail en articulation étroite avec les aides à domicile :
  - repérage, alerte et suivi.

# PPS : LE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

Un instrument d'anticipation et de prévention : document formalisé par les professionnels de santé pour les personnes âgées souffrant d'une affection sévère ou présentant une polypathologie.

- Objectif : gérer et anticiper la prise en charge des personnes âgées
- Le PPS présente :

La situation sociale du patient, son état de santé et les problèmes en cours

- Le plan d'action au niveau des aides sociales à domicile et des actions sanitaires à prévoir
- Le calendrier de passage des acteurs, les indicateurs de suivi et les éventuels programmes d'éducation thérapeutique à prévoir ou en cours

2014 © Congrès Nationaux des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Le Plan Personnalisé de Santé

**1<sup>re</sup> étape : identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS.**

| Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions :<br>Initier un PPS pourrait avoir un intérêt   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| La personne :  | O | N | ? |
| ➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?   |   |   |   |
| ➤ a-t-elle une polyopathie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> ou une polymédication (n ≥ 10) ?   |   |   |   |
| ➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?  |   |   |   |
| ➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions), ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ? |   |   |   |
| ➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?  |   |   |   |
| ➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?   |   |   |   |

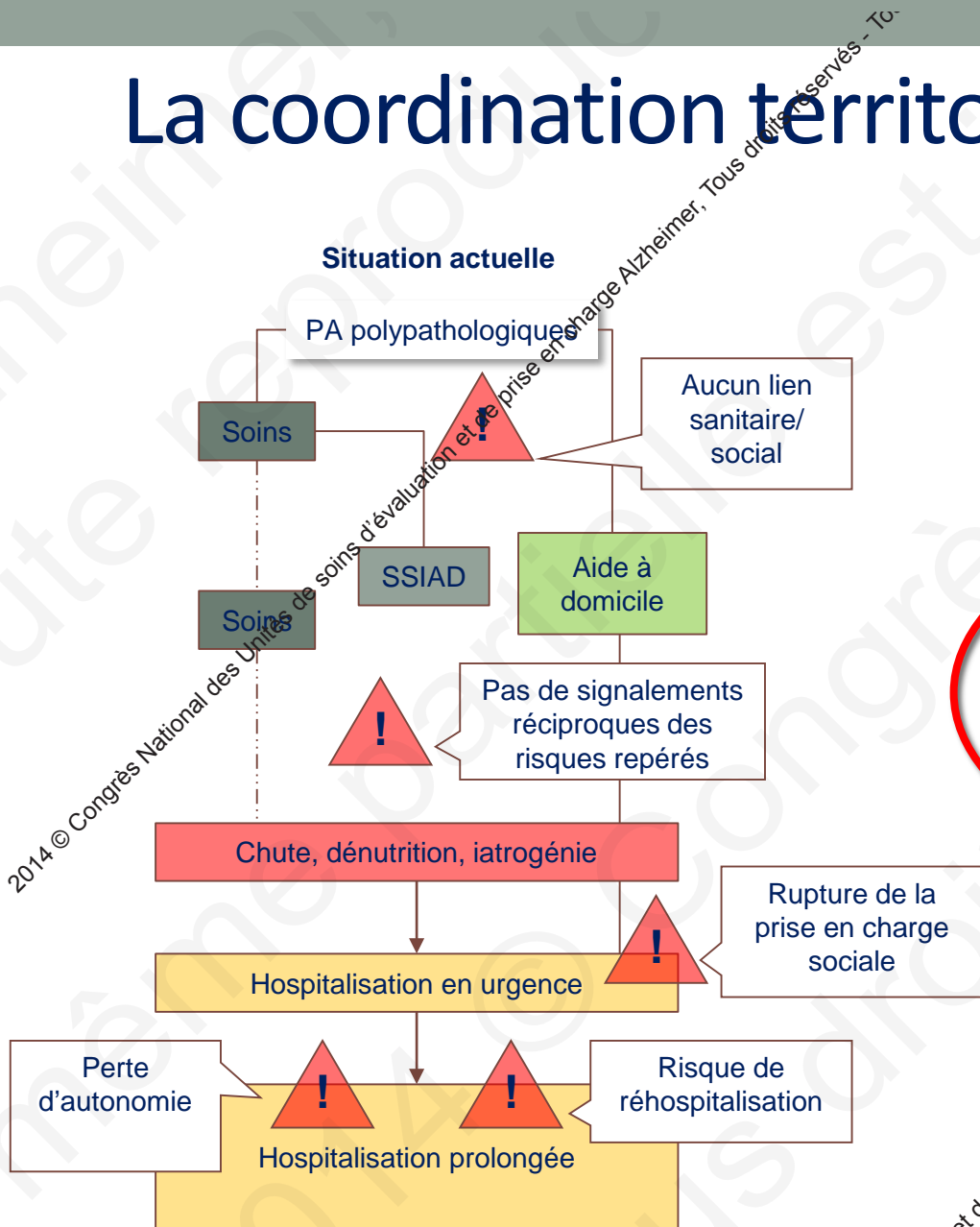
<sup>1</sup> Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

**2<sup>de</sup> étape : décider d'initier un PPS.**

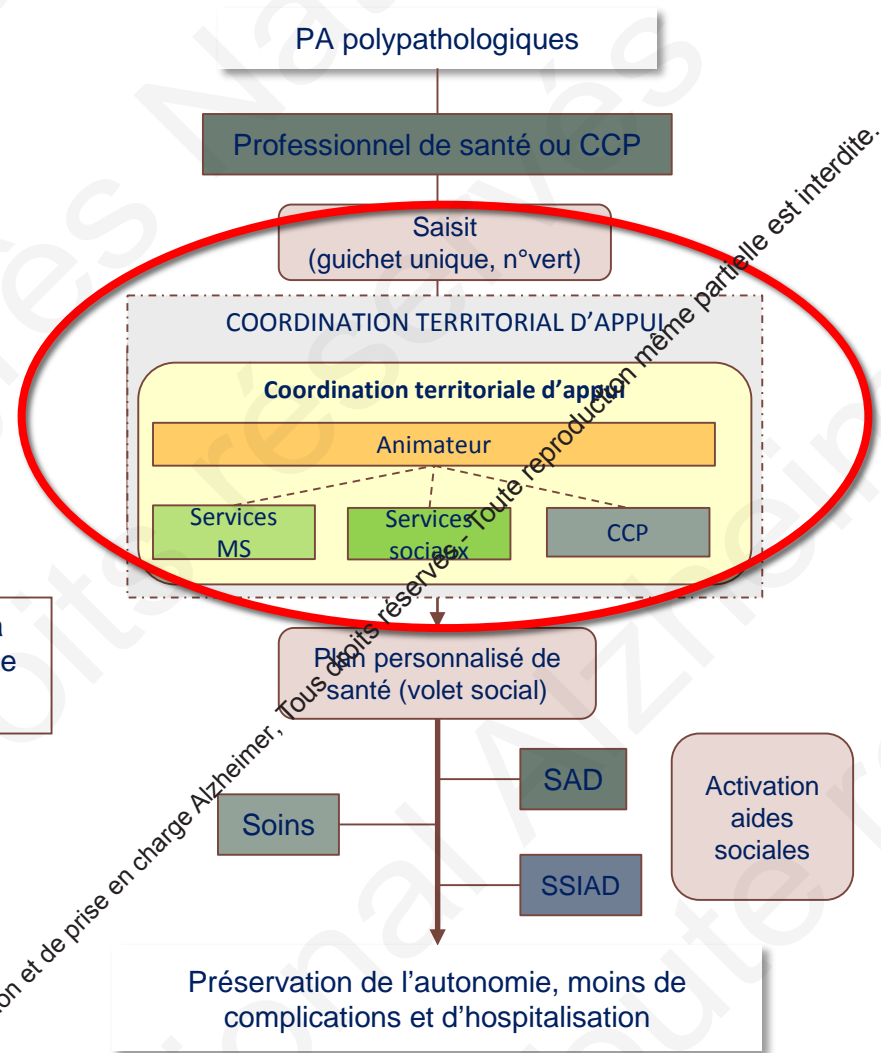
| Si vous avez répondu OUI à ces deux questions :<br>un PPS peut être initié  |   |   |
|---|---|---|
| La personne :   | O | N |
| ➤ vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ? |   |   |
| ➤ accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?  |   |   |

# La coordination territoriale d'appui

## Situation actuelle



## Avec les projets pilotes



2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To-

Toute reproduction même partielle est interdite.

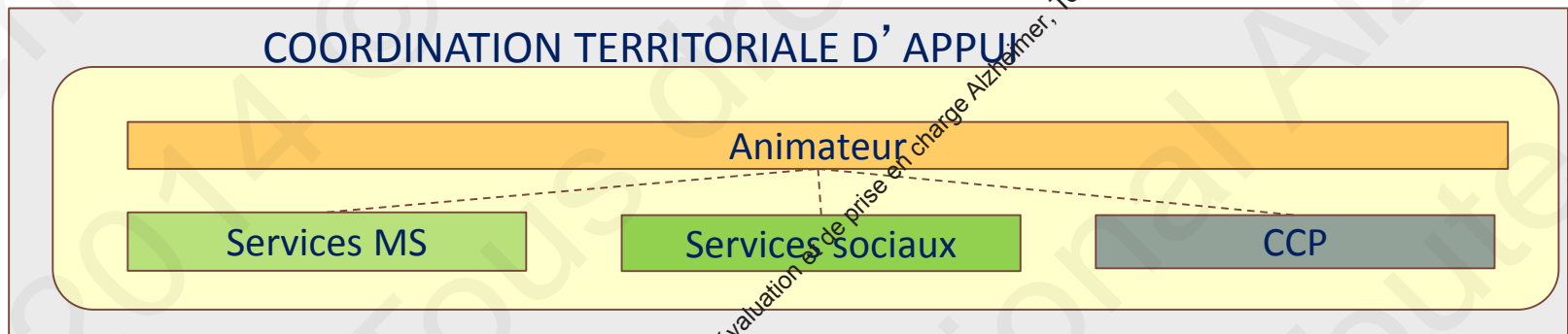
# La coordination territoriale d'appui

- **Le principe**

- Partir des **besoins des professionnels** de proximité pour identifier les fonctions,
- Rester souple sur les **modalités de mise en œuvre** (à partir des **dispositifs existants**).

- **Les fonctions**

- **Améliorer l'information et l'orientation** des malades, aidants et professionnels, (ex: interlocuteur identifié, n° unique sur des plages horaires étendues)
- **Activer les aides sociales** et médico-sociales
- **Garantir une expertise gériatrique**, en mobilisant la filière gériatrique de proximité
- Élaborer le volet soins du PPS des malades complexes ou en cas d'indisponibilité.
- Repérer et s'assurer de la couverture des besoins sociaux, médico-sociaux et sanitaires non satisfaits et rendre accessibles des prestations dérogatoires si besoin.
- Optimiser les transitions ville / hôpital en liaison avec les établissements de santé.



**Historique :** l'enjeu : mettre fin au désarroi des familles qui ne savent pas à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés »

→ **MAIA dans le Plan National Alzheimer 2008/2012 :** Renforcer la coordination entre tous les intervenants (mesures 4 et 5)

- ❖ Labellisation sur tout le territoire de « porte d'entrée unique » pour les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer »
- ❖ Mise en place des gestionnaires de cas sur l'ensemble du territoire

→ **Fin 2010 :** Extension de la population cible : personnes âgées en perte d'autonomie

→ **En 2011 :** Généralisation des MAIA, inscription dans la loi, cahier des charges valide par décret

→ **PERSPECTIVES : 2014/2015**

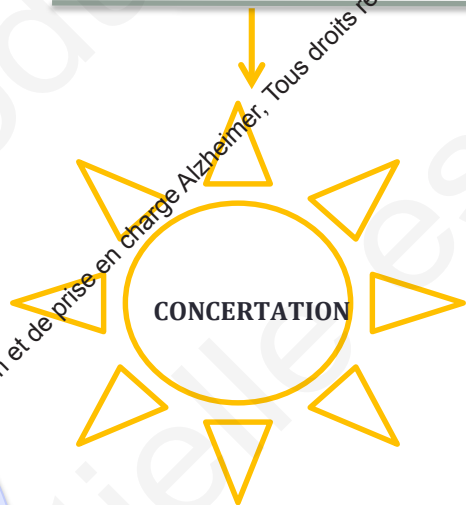
- ❖ Modification de l'Acronyme (art 52 loi sur l'adaptation de la société au vieillissement) **M**éthode d'**A**ction et d'**I**ntégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'**A**utonomie
- ❖ 252 MAIA financées

# La méthode MAIA : 3 mécanismes

Un territoire de proximité

Une approche populationnelle

PPS

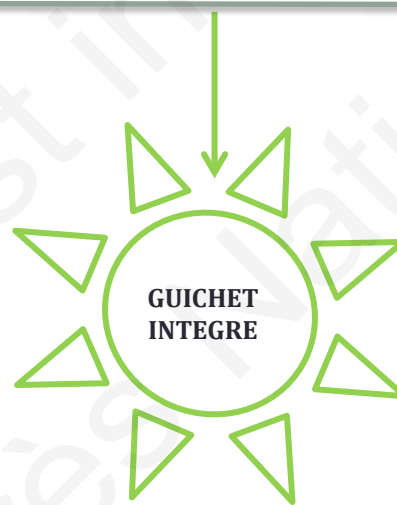


**Concertation stratégique :**

Espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs.

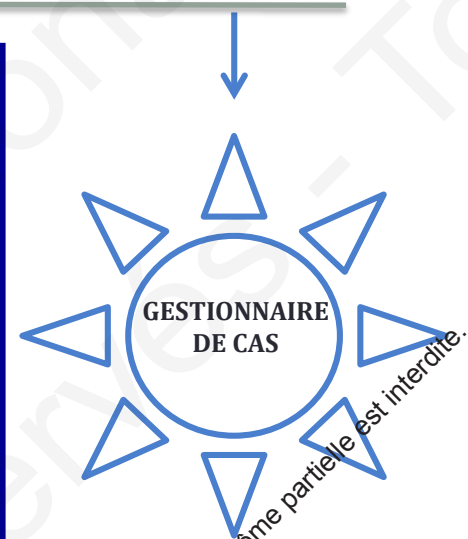
**Concertation tactique :**

Espace collaboratif entre les opérateurs d'aides et de soins qui interagissent.



**Guichet intégré (= tous les acteurs ayant adhéré à la charte) :**

S'assure d'une réponse harmonisée et unique aux demandes des PA à tout endroit du territoire.

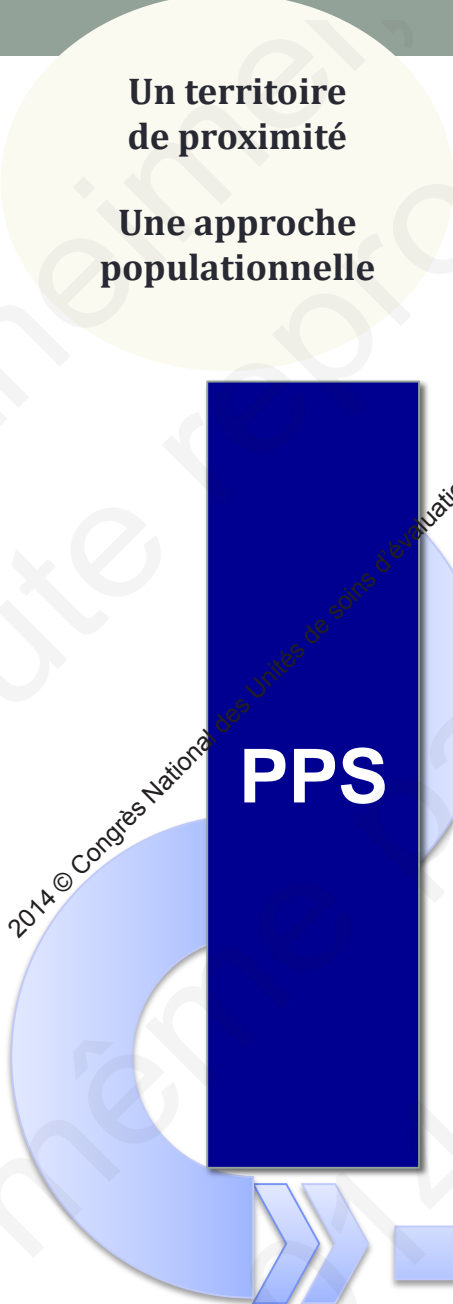


**Gestionnaire de cas :** Professionnel dédié à la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des PA en situations complexes.

**Structurés par...**

**des outils communs** : annuaire de ressources, fiche de liaison, etc...

**Accueil, orientation et observation des besoins des Personnes Agées de + 60 ans**



2014 © Congrès National des Unites de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Le Guichet intégré

(=les partenaires intervenants autour de la personne âgée) A tout endroit du territoire, la demande de soins et d' aide d' une personne ou de son entourage est prise en compte dans toutes ses dimensions quelque soit la porte d' entrée dans le système d' aide et de soins

## LE TERRITOIRE

**Secteur Sanitaire**  
(hôpital, cliniques, SSR, HAD...)

**Professionnels libéraux** (médecins, IDE, kiné...)

**Services Sociaux**  
(Conseil Général, Assurance Maladie, Sanitaire, CCAS/CIAS...)

**Mandataires judiciaires**

**Outils communs**  
- Annuaire des ressources  
- Fiche de liaison commune  
- Outil d'évaluation commun  
- Données partagées

**SSIAD, ESA,**  
Autres prestataires médico-techniques

**Associations**

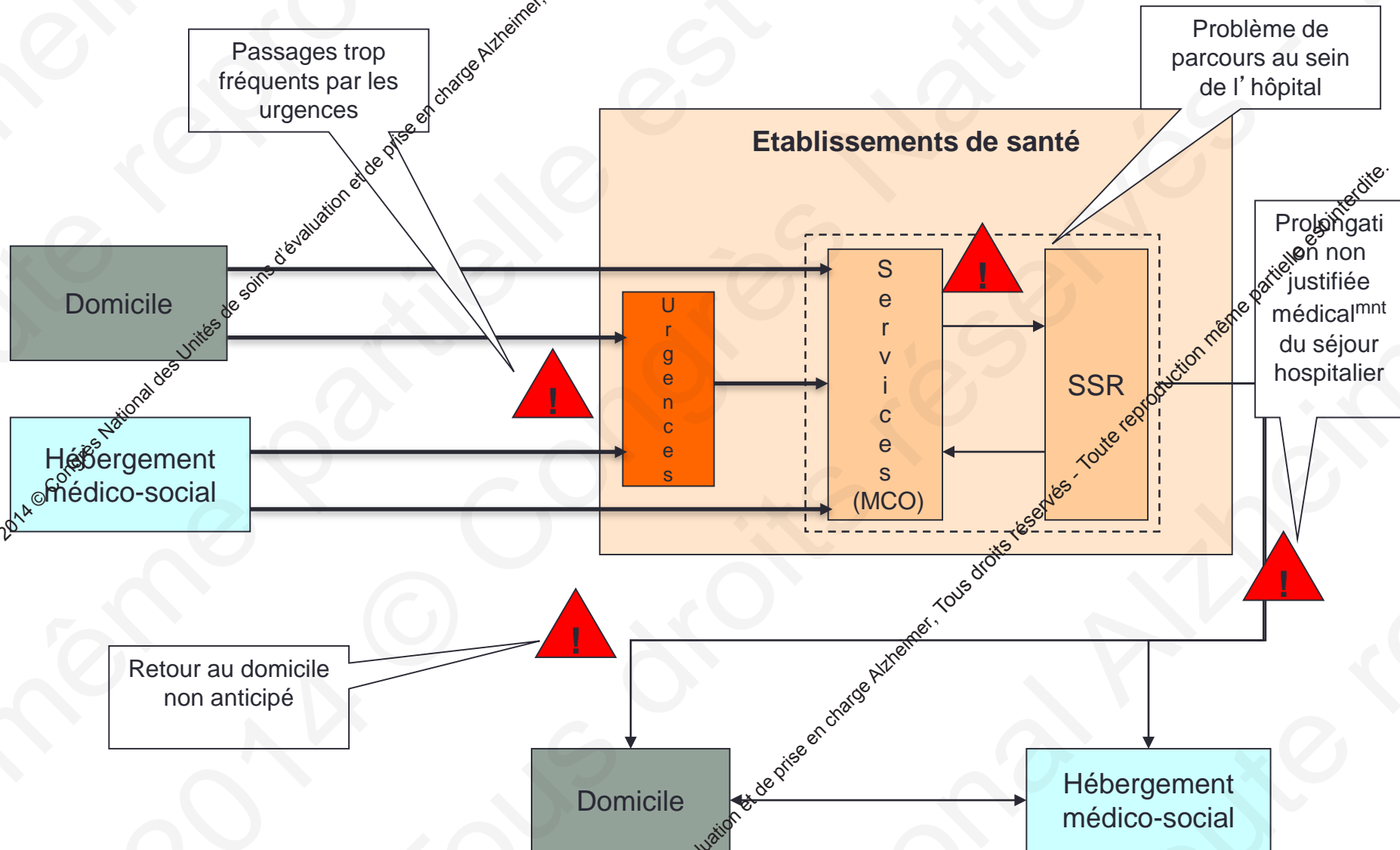
Services d'accompagnement et d'aide à domicile

Adaptation domicile

Hébergement  
EHPAD



# La gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD: dans le monde actuel



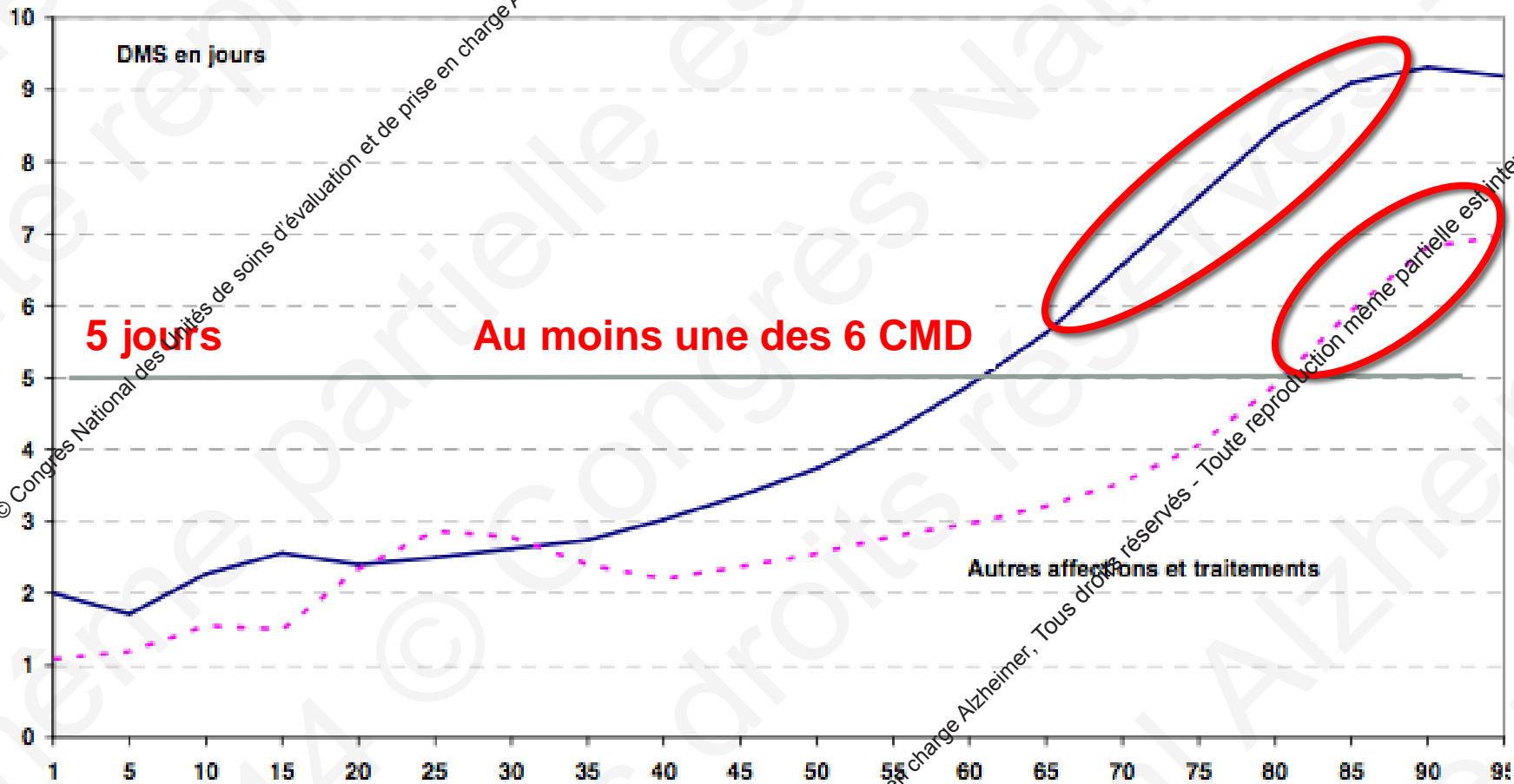
## Les 6 CMD plus fréquentes après 70 ans sont inductrices d'incapacités

- **affections du système nerveux en médecine (CMD01 MZ),**
- affections de l'appareil respiratoire en médecine (CMD04 MZ),
- affections de l'appareil circulatoire en médecine (CMD05 MZ),
- affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, traités en médecine (CMD08C)
- et en chirurgie (CMD08 MZ)
- **maladies et troubles mentaux en médecine (CMD19 MZ)**

2014 © Congrès National des Unifés de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - To-

évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# DMS en fonction des CMD



2014 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To-

évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# UN PROGRAMME POUR LA GERIATRIE

(C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux)

5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures  
pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique  
sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir

**OBJECTIF n° 1 :** Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences.

**OBJECTIF n° 2 :** Faire contractualiser en tant que "partenaires de la filière gériatrique labellisée" les établissements et structures associés à la filière gériatrique.

**OBJECTIF n° 3 :** Prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques.

**OBJECTIF n° 4 :** Développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient.

**OBJECTIF n° 5 :** Disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique.

# Etablissements de santé

## Priorité d'Etablissement

### Comm. coord. gériatrique

- Référents gérontologiques

- DPC et référentiels (iatrogénie, chute, dénutrition, risque infectieux...)

- Analyse des séjours longs et des réhospitalisations

**Faciliter l'accès direct au court séjour gériatrique**  
(numéro unique, adaptation de l'offre)

**Personnaliser l'accueil aux urgences**

**Renforcer les pôles d'expertise gériatrique (Cs/HdJ) et les équipes mobiles (gériatrie/psychiatrie/soins palliatifs)**

Ordonnancement de la sortie (PPS)

DOMICILE  
EHPAD

Coordination  
clinique de  
proximité

Coordination  
territoriale  
d'appui

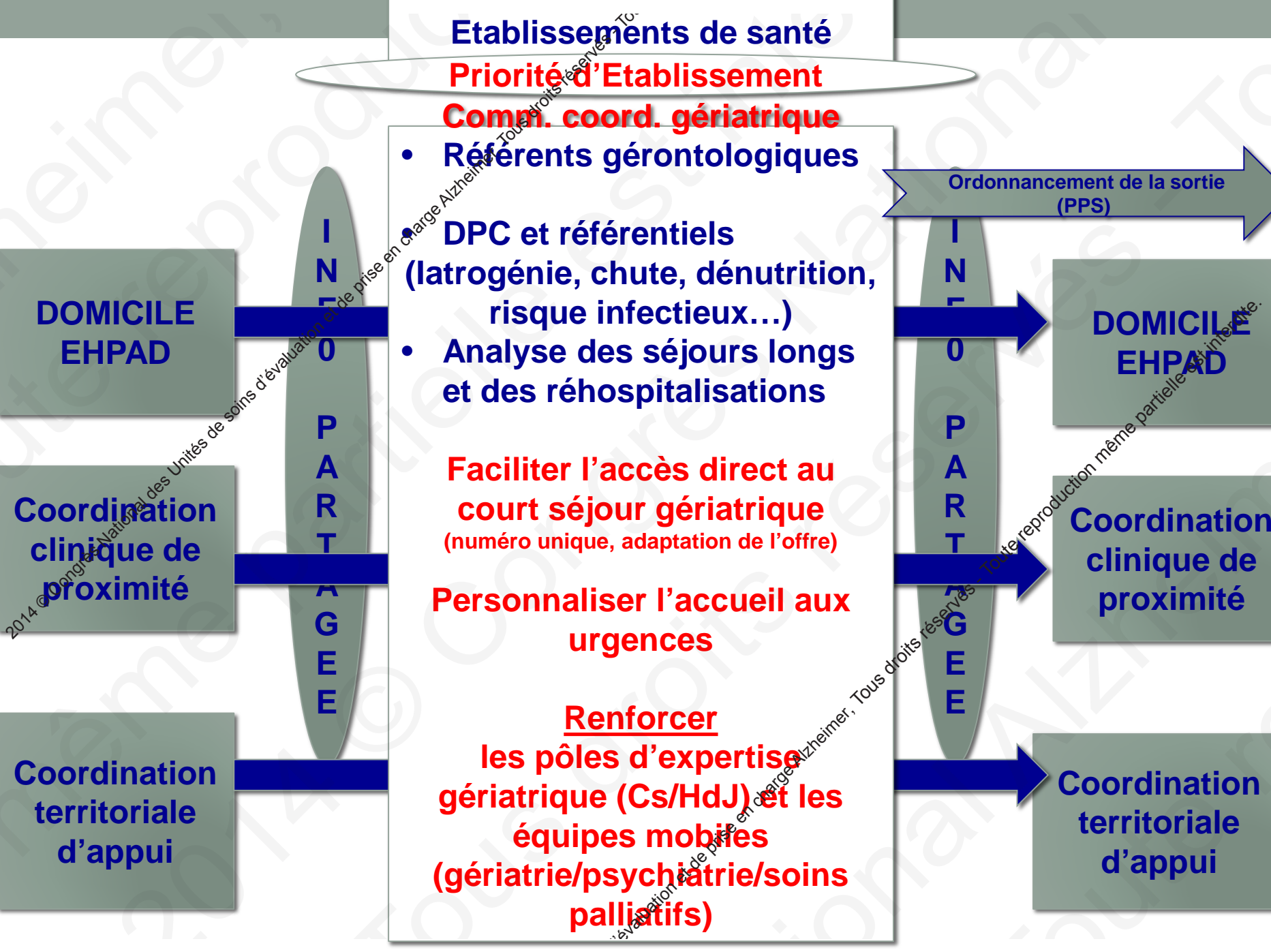
DOMICILE  
EHPAD

Coordination  
clinique de  
proximité

Coordination  
territoriale  
d'appui

I  
N  
F  
O  
P  
A  
R  
T  
A  
G  
E  
E

I  
N  
F  
O  
P  
A  
R  
T  
A  
G  
E  
E



2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés.

Toute reproduction même partielle est interdite.

# LES DISPOSITIFS ET MESURES PRÉCONISÉS EN EHPAD

---

DANS LE CAHIER DES CHARGES  
DU RAPPORT  
« PARCOURS DE SANTÉ DES PAERPA »

*Mission nationale « Parcours de santé des personnes âgées en  
risque de perte d'autonomie »*

Pharmacie

Professionnels libéraux :  
médecins, IDE, kiné...

HAD

EHPAD

Convention EHPAD/Etablissement de santé  
Dossier d'admission national  
Commission de coordination gériatrique

DPC et référentiels de pratiques  
Prévention de la iatrogénie (pharmacien  
référent)

Instruction systématique du dossier de soins  
Evaluation gériatrique annuelle

Intervention coordonnée des professionnels/PPS  
Astreinte IDE nuit et week end

Accueils  
de jour

Téléexpertise, téléconsultation, téléassistance

CS  
Gériatrique  
Mémoire

Hôpital  
de jour

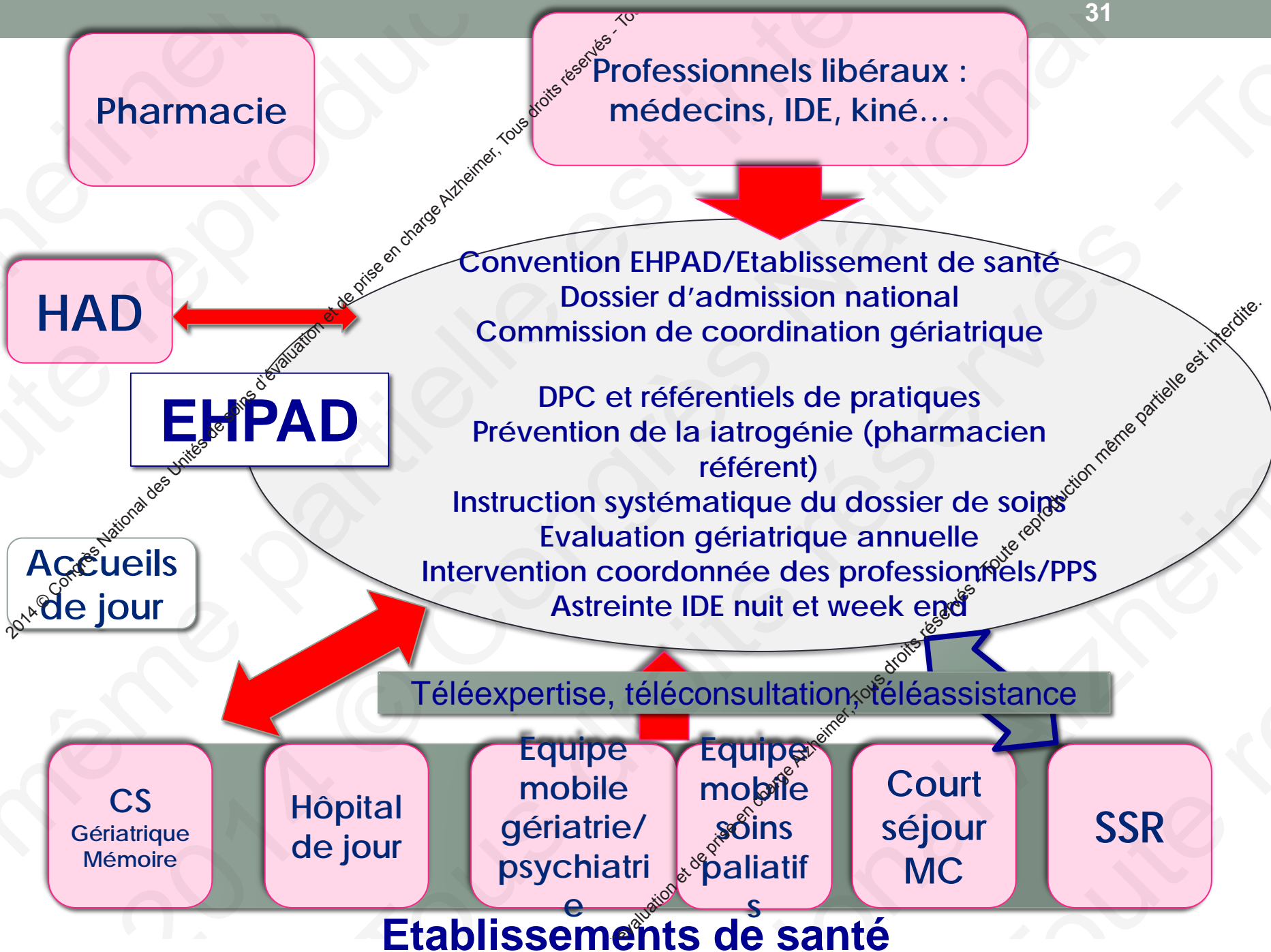
Equipe  
mobile  
gériatrie/  
psychiatri

Equipe  
mobile  
soins  
paliatif

Court  
séjour  
MC

SSR

Etablissements de santé



# ARTICLE 32 DE LA LFSS POUR 2014 (extrait)

- Qu'ils disposent ou non de places d'hébergement temporaire, les EHPAD assurent, en liaison avec les structures hospitalières, la disponibilité de places afin de favoriser la fluidité de la sortie d'établissements de santé dans le cas où le retour à domicile ou l'admission en SRR ne sont pas indiqués.
- Dans ce cadre, le forfait dépendance et le tarif d'hébergement peuvent être pris en charge par les crédits de la dotation spécifique du FIR pour une durée maximale de 30 jours, laissant subsister un reste à charge journalier pour le résident équivalent au montant du forfait journalier hospitalier.



# Missions et ENGAGEMENTS réciproques des établissements de Santé et des EHPAD (5)

Les établissements de santé et les EHPAD utilisent les modes de communication qu'ils ont déterminés ensemble pour échanger des informations pertinentes :

- DMP
- DLU
- VSM
- PPS
- MSS
- TLM (article 36)

# PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ALZHEIMER ET PARCOURS DE SANTÉ DES PAERPA. *INTEGRATION > CONVERGENCES*

---

Les dispositifs PAERPA : une approche intégrée pour une optimisation :

- ◆ Du diagnostic, du suivi et de l'accompagnement : soins primaires ++
- ◆ De la prévention et de la gestion des situations de « crises »
- ◆ De la gestion des situations « complexes »