



EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL MUNICIPAL

Conseillers en exercice : 61

Date de Publicité : 31/03/15

Reçu en Préfecture le : 31/03/15
CERTIFIÉ EXACT,

Séance du lundi 30 mars 2015
D-2015/133

Aujourd'hui 30 mars 2015, à 15h00,

le Conseil Municipal de la Ville de Bordeaux s'est réuni en l'Hôtel de Ville, dans la salle de ses séances, sous la présidence de

Monsieur Alain JUPPE - Maire

Etaient Présents :

Monsieur Alain JUPPE, Madame Virginie CALMELS, Monsieur Nicolas FLORIAN, Madame Alexandra SIARRI, Madame Anne BREZILLON, Monsieur Fabien ROBERT, Monsieur Nicolas BRUGERE, Madame Brigitte COLLET, Monsieur Jean-Louis DAVID, Madame Emmanuelle CUNY, Monsieur Stephan DELAUX, Madame Nathalie DELATTRE, Monsieur Marik FETOUH, Madame Laurence DESSERTINE, Monsieur Jean-Michel GAUTE, Madame Magali FRONZES, Monsieur Pierre LOTHAIRES, Madame Emilie KUZIEW, Monsieur Pierre De Gaétan NJIKAM MOULIOM, Madame Arielle PIAZZA, Monsieur Jérôme SIRI, Madame Elizabeth TOUTON, Monsieur Joël SOLARI, Monsieur Josy REIFFERS, Madame Ana maria TORRES, Monsieur Jean-Pierre GUYOMARC'H, Monsieur Michel DUCHENE, Madame Mariette LABORDE, Madame Marie-Françoise LIRE, Monsieur Erick AOUIZERATE, Monsieur Philippe FRAILE MARTIN, Monsieur Benoit MARTIN, Madame Anne WALRYCK, Monsieur Gérald CARMONA, Madame Marie-Hélène VILLANOVE, Madame Florence FORZY-RAFFARD, Madame Constance MOLLAT, Monsieur Alain SILVESTRE, Madame Maribel BERNARD, Monsieur Guy ACCOCEBERRY, Monsieur Yohan DAVID, Monsieur Edouard du PARC, Madame Sandrine RENO, Madame Estelle GENTILLEAU, Monsieur Marc LAFOSSE, Monsieur Yassine LOUIMI, Mme Laetitia JARTY ROY, Madame Solène CHAZAL, Madame Cécile MIGLIORE, Madame Michèle DELAUNAY, Monsieur Pierre HURMIC, Madame Emmanuelle AJON, Monsieur Nicolas GUENRO, Madame Delphine JAMET, Monsieur Matthieu ROUYEYRE, Monsieur Jacques COLOMBIER, Madame Catherine BOUILHET,

Excusés :

Monsieur Didier CAZABONNE, Mme Anne-Marie CAZALET, Madame Marie-José DEL REY, Monsieur Vincent FELTESSE

Projet de parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) dans le cadre du contrat local de santé de la Ville de Bordeaux.

Monsieur Nicolas BRUGERE, Adjoint au Maire, présente le rapport suivant :

Mesdames, Messieurs,

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit un dispositif d'expérimentation pour l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA). La démarche retenue s'appuie sur les préconisations du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans ses rapports de 2010 et 2011 visant à recourir à la mise en place d'un dispositif prototype sur un nombre limité de territoires (8), dont celui de Bordeaux.

Cette action s'articulant avec le Contrat Local de Santé de Bordeaux 2014-2016, qui permet à tous les acteurs responsables de la santé sur le territoire d'agir ensemble autour d'objectifs prioritaires pour mieux répondre aux besoins des bordelais les plus fragiles, ainsi que de promouvoir le bien vieillir sur Bordeaux. En effet, dans un contexte de vieillissement de la population bordelaise, la prise en compte des personnes âgées et de leurs aidants relève d'une priorité.

Ce projet-pilote s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur la commune de Bordeaux, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Il a pour objectifs principaux :

- d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale,
- favoriser une logique de parcours pour une meilleure prise en charge (les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût).
- d'optimiser les transitions ville-hôpital / EHPAD-hôpital / ville-EHPAD en diminuant les hospitalisations et les passages aux urgences.

Plusieurs niveaux de coordination sont mis en place, afin de favoriser l'articulation entre les acteurs de prise en charge :

- le Plan Personnalisé de Santé (PPS) élaboré par la Coordination Clinique de Proximité (CCP) sous la responsabilité du médecin traitant ;
- une Coordination Territoriale d'Appui (CTA) ;

En accord avec l'ARS, la Coordination territoriale d'Appui (CTA) est confiée au CCAS de la Ville de Bordeaux, porteur du CLIC de niveau 3 et de la MAIA. Ces deux structures sont reconnues par les usagers et les professionnels en matière d'accueil, d'information, d'orientation, d'évaluation de suivi des plans d'aide et d'animation du réseau de professionnels.

Le dispositif de coordination sera dénommé « Plateforme Autonomie Seniors ». Le CCAS de Bordeaux est également porteur du dispositif « chambre relais d'urgence » au sein de l'EHPAD la Clairière de Lussy.

La mise en œuvre du projet pilote PAERPA nécessite une démarche partenariale actée par une convention cadre annexée à la délibération qui doit être signée par la ville de Bordeaux et son CCAS, l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, le Conseil Général de la Gironde, les Caisses de Retraite et d'Assurance Maladie, ainsi que les Unions Régionales des Professionnels de Santé, permettant d'assurer un lien renforcé entre les différents secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, hospitaliers et ambulatoires.

En conséquence, il vous est proposé :

- d'autoriser la Ville et son CCAS à s'engager dans le dispositif PAERPA ;
- d'approuver le projet de convention cadre,
- d'autoriser Monsieur le Maire, Président du CCAS, ou son représentant, à signer la convention cadre avec l'ARS Aquitaine, le Conseil Général de la Gironde, l'Assurance Maladie, Le Régime et tous les documents relatifs à cette affaire,

ADOpte A L'UNANIMITE

Fait et Délibéré à Bordeaux, en l'Hôtel de Ville, le 30 mars 2015

P/EXPEDITION CONFORME,

Monsieur Nicolas BRUGERE



CONVENTION CADRE
Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PAERPA

Territoire de Bordeaux



Date XXXX

Contenu

1	Buts et objectifs poursuivis.....	7
2	Périmètre d'application de la convention : territoire, population et besoins.....	8
2.0	Territoire d'application / Périmètre géographique	8
2.1	Périmètre populationnel.....	8
2.2	Périmètre des besoins.....	8
3	Feuille de route PAERPA pour les personnes âgées du territoire.....	9
4	Parties signataires.....	11
4.0	Institutions/Signataires, membres du comité de pilotage (instance stratégique) : l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Régional, le Conseil Général de la Gironde, la Ville de Bordeaux [CCAS], les Organismes d'Assurance Maladie, les Unions Régionales des Professionnels de Santé	11
4.1	Acteurs du territoire concernés.....	11
5	Modalités de gouvernance	12
6	Ressources à mobiliser.....	14
7	Durée et révision du contrat.....	14
7.0	Durée du contrat.....	14
7.1	Dénonciation du contrat.....	14
7.2	Révision du contrat.....	14
8	Suivi et évaluation de la convention.....	15
8.1	Dix indicateurs clefs de la convention, identiques à l'ensemble des territoires pilotes PAERPA	15
8.2	Modalités de suivi	16
9	Documents annexés	18
9.0	Annexe : La cartographie des acteurs.....	18
9.1	Annexe : Lettre d'engagement des partenaires sur le projet PAERPA sur le territoire de la Ville de Bordeaux.....	22
9.2	Annexe : Lettre du Ministère des finances et des comptes publics et du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes portant validation du Projet PAERPA sur le territoire de la Ville de Bordeaux...26	
9.3	Annexe : Les Fiches-action	28
9.4	Annexe : Fiche récapitulative de la feuille de route – Territoire de Bordeaux.....	82

Visas

Vu l'article 48 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013,

Vu le décret en Conseil d'Etat n°2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie,

Vu l'arrêté du 8 octobre 2014 fixant le périmètre territorial de mise en œuvre des projets pilotes mentionné à l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Préambule : le contexte et les principes généraux de la convention

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (LFSS) prévoit des expérimentations relatives au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Ce projet s'inscrit dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé impulsée en 2012, dans un double objectif d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et d'efficacité des soins.

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent plus de 9% de la population en France, et 8% de la population du territoire. Selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques, elles devraient atteindre 16% en 2050 en population générale. L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, qui mobilise entre le quart et la moitié des dépenses de santé, est un enjeu décisif. Dans un environnement financier contraint, l'approche parcours se différencie de l'approche traditionnelle de régulation de l'offre de soins en ce qu'elle ne prend pas comme point de départ un type de structure ou le traitement d'une pathologie mais une population donnée, quels que soient les types de prise en charge auxquels elle a recours. En effet, la multiplicité des acteurs qui interviennent auprès de cette population rend nécessaire une analyse innovante et intégrée. Les objectifs finaux de l'approche « parcours » peuvent être résumés dans la phrase suivante : « 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. »

Afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées, la démarche retenue s'appuie sur les préconisations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans ses rapports de 2010 et 2011¹ de recourir d'abord à la mise en place d'un dispositif « prototype » sur un nombre limité de territoires (appelés territoires pilotes) notamment par l'instauration d'une meilleure coordination des acteurs permettant de faciliter les parcours de soins et d'anticiper la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

S'inscrivant dans le cadre posé par l'article 48 de la LFSS pour 2013, un cahier des charges des projets pilotes PAERPA a ainsi été élaboré en janvier 2013 par le comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Ce document constitue un cadre pour la mise en œuvre des prototypes dans les territoires pilotes retenus par la Ministre des affaires sociales et de la Santé.

L'article 48 précité permet de mener des expérimentations dans le cadre du PAERPA à partir du 1er janvier 2013, et ce pour une durée maximale de cinq ans. Au vu des résultats de l'évaluation des projets, ces expérimentations pourront être généralisées à l'ensemble du territoire.

La mise en œuvre du projet pilote PAERPA nécessite une démarche partenariale actée par la présente convention, permettant d'assurer un lien renforcé entre les différents secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, hospitaliers et ambulatoires.

¹ Les préconisations du HCAAM sont les suivantes :

- Le dispositif doit concerner l'ensemble de la population et l'ensemble des acteurs de la prise en charge ;
- L'approche doit s'appuyer sur les acteurs existants ;
- L'organisation doit être industrialisable ;
- Le financement doit favoriser la continuité du parcours de santé
- L'évaluation médico-économique doit être réalisée sur le long terme.

Au centre d'une agglomération de 851 000 habitants, le projet PAERPA concerne le territoire de la ville de Bordeaux qui totalise 239 400 habitants en 2011, dont 19 200 personnes âgées de 75 ans et plus.

Les éléments essentiels du diagnostic territorial :

Les 75 ans et plus, une population demeurée stable au cours des 20 dernières années, dans un contexte de progression de la population bordelaise totale.

Un mode de cohabitation marqué par l'isolement : après 75 ans, 9,1% des Bordelais vivent en institution. La particularité bordelaise tient, en revanche, à la proportion élevée de personnes âgées habitant seules à domicile, 48,4% des PA vivent seules sur le territoire (versus 38,6% au niveau national)

Une population favorisée par comparaison à la population française, mais des inégalités de richesse marquées

La population des plus de 75 ans dispose d'un revenu supérieur à la population générale dans laquelle elle évolue, avec des inégalités de richesse particulièrement importantes sur le territoire. Des inégalités de revenu sont observées entre quartiers et une grande amplitude de revenus entre les plus favorisés et les plus modestes.

Une proportion de bénéficiaires des prestations sociales globalement supérieure aux moyennes régionale et nationale

Début 2014, le nombre total de bénéficiaires de l'APA de plus de 75 ans résidant sur le territoire de projet s'élève à 3 484, soit 18,6% des personnes âgées, proportion supérieure à la moyenne nationale de 11,8%.

Au cours des quatre dernières années, ce volume, relativement stable se répartit entre 55% de bénéficiaires à domicile et 45% en établissement.

La part des bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les plus de 75 ans est supérieure sur le territoire de projet (4,3%) au territoire régional (2,7%) et inférieure au territoire national (5,3%).

L'état de santé : Une mortalité des 75 ans et plus, inférieure aux moyennes régionale et métropolitaine (un taux comparatif de décès à Bordeaux inférieur de 16,7% à celui de la France métropolitaine).

Une prévalence ALD plus forte pour les affections psychiatriques.

Une densité de professionnels libéraux plus élevée que la moyenne française pour les médecins généralistes et spécialistes, les dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes mais une densité plus faible pour les infirmiers

L'accès aux soins des professionnels du secteur 1 est excellent pour les médecins généralistes n'exerçant pas en mode particulier. En revanche cette situation est plus nuancée dans l'examen par spécialités.

Un niveau de recours aux soins ambulatoires supérieur à la moyenne nationale, compte tenu d'une offre supérieure à la moyenne nationale.

L'analyse des consommations de soins conforte les constats tirés de l'analyse des taux de recours : le montant remboursable des soins de ville (sur la base du tarif de base de l'Assurance maladie) est supérieur de 20% au montant moyen national sur la tranche des plus de 85 ans sur le territoire PAERPA.

La densité de l'offre ne provoque pas de surconsommation de médicaments ou de dispositifs médicaux. Les données sur la prise en charge médicamenteuse montrent que 24% des personnes âgées de 75 ans et plus, ont pris fréquemment plus de 10 médicaments en 2012 sur le territoire PAERPA (source : CNAMTS) (vs 23,5% France), avec notamment le constat d'une consommation importante de psychotropes.

Un territoire de projet disposant d'une offre satisfaisante complétée par une offre limitrophe abondante

La CUB dispose, au même titre que les grandes villes françaises d'une offre de soins importante. Sur les 57 établissements d'hospitalisation complète girondins, 37 sont dans la Communauté Urbaine et, parmi ceux-ci, 15 dans Bordeaux.

Un niveau de recours aux hospitalisations en médecine et en chirurgie proche du niveau national et des durées moyennes de séjours inférieures aux durées moyennes nationales.

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

Des hospitalisations non programmées un peu moins fréquentes qu'en Aquitaine et en France et ciblées sur 3 établissements bordelais [CHU de Bordeaux – HIA Robert Picqué – Clinique Bordeaux-Nord]

Les hospitalisations complètes non programmées (entrée par les urgences) touchent 38% des patients de 75 à 85 ans et deux patients sur trois au-delà de 85 ans.

Plus de 4 séjours en hospitalisation complète sur 10, concernant des patients bordelais âgés de plus de 75 ans, sont en 2012 des séjours non programmés, après passage par les urgences. Cette proportion continue à augmenter : plus 2% entre 2011 et 2012, comme entre 2012 et 2013 (44.3%/46.8%).

Principes généraux

L'ARS réunit les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux parties prenantes des parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. La présente convention engage les parties signataires sur les objectifs communs définis et les actions à mettre en œuvre dans le cadre de PAERPA en conformité avec ce qui a été décidé dans le cadre de la lettre d'engagement du 14 octobre 2014, adressée à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

Les projets pilotes doivent par principe s'appuyer sur les financements et les prestations existants dans le cadre du parcours de soins des personnes âgées. Par exception, un financement complémentaire est prévu *via* une dotation spécifique du Fonds Régional d'Intervention (FIR). Ce financement ne peut être mobilisé que dans le cadre des actions du PAERPA, et ce en subsidiarité des financements existants.

Les acteurs sont accompagnés par une équipe projet constituée au sein de l'ARS. Celle-ci est notamment composée d'un chef de projet et d'un référent « systèmes d'information ». Ce chef de projet est l'interlocuteur des acteurs du projet, il est chargé de la mise en place et du suivi du dispositif, en assurant une transversalité au sein de l'ARS, autour des secteurs sanitaire, médical et médico-social.

Tels qu'indiqués dans le cahier des charges, les objectifs de PAERPA sont déclinés comme suit :

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants
 - considérer les personnes âgées comme partenaires actifs de leur santé,
 - améliorer leur qualité de vie et les soutenir à domicile tant que leur état le leur permet,
 - soutenir et soulager leurs aidants,
 - prévenir la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé et de la dépendance, en mettant un accent particulier sur les facteurs de risques d'hospitalisation complète, pour lesquels des marges d'amélioration ont été identifiées (essentiellement dénutrition, dépression, problèmes liés aux médicaments et chutes),
 - réduire le nombre d'hospitalisations complètes en n'y recourant que lorsque la personne âgée a besoin du plateau technique et/ou des compétences hospitalières,
 - améliorer les conditions d'hospitalisation complète et limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes,
 - réduire le passage des personnes âgées aux urgences.
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie
 - recentrer les professionnels de santé sur leur plus haut niveau de compétence,
 - améliorer leur connaissance réciproque et leur communication,
 - améliorer les transitions ville-hôpital,
 - sensibiliser les professionnels aux principaux facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées,
 - favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne les problèmes liés aux médicaments.
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs :
 - mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée entre les différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées,
 - développer les outils transversaux de coordination.

La convention

1 Buts et objectifs poursuivis

La présente convention est établie en cohérence avec le Plan Régional de Santé (PRS) dont les objectifs fixés sont :

- Promouvoir la prévention des pathologies (promotion de la qualité de vie en bonne santé, chutes, dépression, iatrogénie) et de la perte d'autonomie (diagnostic précoce des maladies d'Alzheimer et apparentées) ;
- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées par l'accessibilité aux soins de premier recours ;
- Favoriser la mise en œuvre d'un parcours coordonné de soins et d'accompagnement ;
- Améliorer les articulations ville-hôpital-médico-social ;
- Renforcer les dispositifs d'aide aux aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;
- Garantir la qualité et l'efficacité du système de santé.

La présente convention s'articule avec le Contrat Local de Santé (CLS) de la Ville de Bordeaux qui développe notamment un axe « Bien vieillir » ayant 6 objectifs spécifiques déclinés en 6 actions et 18 mesures.

Ces axes sont :

- Développer l'activité physique et sportive et la sensibilisation à la prévention santé des séniors, [prévention séniors] ;
- Repérer les personnes âgées vulnérables et isolées, [lutte contre l'isolement] ;
- Favoriser une prise en charge multidisciplinaire et adaptée des situations complexes des personnes âgées [protections juridiques] ;
- Soutenir les aidants familiaux, [aide aux aidants] ;
- Développer une information de qualité et la coordination des acteurs impliqués auprès des personnes âgées, [développement du guichet intégré] ;
- Renforcer la qualité de la prise en charge et les bonnes pratiques chez les personnes âgées fragiles en ville, [prévention et dépistage troubles boccu-dentaires, visuels et auditifs].

Le projet PAERPA concerne l'ensemble des besoins de prévention, de soins et d'accompagnement de la personne âgée. Les acteurs de santé se sont engagés sur quatre objectifs :

- Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie utilisable par les professionnels de santé de proximité et les aides à domicile,
- Éviter les hospitalisations inutiles en proposant un appui aux professionnels de santé libéraux (équipe psycho sociale, plate-forme de coordination), faciliter l'accès direct aux gériatres hospitaliers et les hospitalisations programmées, mettre en place des actions permettant de réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse, de chutes, de dénutrition et de dépression, développer les consultations spécialisées en EHPAD notamment grâce au projet de téléconsultation.

- Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation en améliorant les organisations et les pratiques professionnelles au sein du CHU et des établissements de santé, développer la réponse d'intervention à domicile à partir des services d'aide à domicile existants, des SSIAD et des EHPAD pour faciliter les premières heures voire jours de retour après hospitalisation, développer les réponses d'hébergement relais en urgence au sein des EHPAD du territoire,
- Développer les systèmes d'information partagés simples, interopérables à partir des dispositifs existants.

Eviter les parcours inappropriés, définir et généraliser les parcours pertinents est la question centrale du projet.

2 Périmètre d'application de la convention : territoire, population et besoins

2.0 Territoire d'application / Périmètre géographique

La présente convention concerne le territoire de la Commune de Bordeaux.

2.1 Périmètre populationnel

Les projets pilotes PAERPA concernent les personnes âgées de 75 ans et plus, en risque de perte d'autonomie, soit l'ensemble des personnes pouvant être encore autonomes, mais dont l'état est susceptible de s'altérer pour des raisons médicales et/ou sociales. Ils mettent en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins et de coordination des acteurs dans le champ sanitaire, social et médico-social.

2.2 Périmètre des besoins

L'ensemble du parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus, doit être pris en compte dans le cadre de PAERPA. Il couvre ainsi la totalité des besoins de cette population : prévention, soins, accompagnement, dans les secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux. PAERPA a vocation à assurer une continuité et une coordination entre les différents secteurs.

3 Feuille de route PAERPA pour les personnes âgées du territoire

Le diagnostic partagé a permis aux parties prenantes du territoire de projet de définir une feuille de route adaptée aux particularités du territoire. La présente convention reprend les axes qui y sont définis, y compris l'axe dédié à la gouvernance ainsi que les objectifs associés (en annexe). Les sous actions en fonction du niveau de granularité retenu sont précisées et reportées en annexe aux fiches-actions.

Les mesures à décliner :

- Informer et communiquer auprès des usagers et des professionnels des dispositifs existants et à venir.
- Repérer les risques de fragilité et mettre en œuvre les actions de prévention adéquates.
- Assurer la coordination entre les acteurs de santé.
- Assurer l'accès à un médecin traitant et aux soins quelque soit la problématique de la personne âgée, notamment pour des problématiques complexes médicales et sociales.
- Améliorer de la gestion du retour à domicile.
- Réduire les durées de séjours hospitaliers.
- Eviter les passages aux urgences et les hospitalisations inadéquates.
- Mettre en œuvre un système d'information partagé, simple et en mobilité.

Les 7 axes et objectifs associés pour le territoire de la Ville de Bordeaux sont les suivants :

- **Axe N°1 Organiser, promouvoir, communiquer et évaluer dans le cadre d'une gouvernance dédiée :**
 - o Objectif 1.1 : Organiser le pilotage du projet, coordonner les dynamiques locales.
 - o Objectif 1.2 : Assurer le suivi et l'évaluation du projet PAERPA.
 - o Objectif 1.3 : Communiquer, informer la population, les partenaires et les acteurs locaux.
- **Axe N°2 Assurer la coordination territoriale :**
 - o Objectif 2.1 : Mettre en place la Coordination Territoriale d'Appui.
- **Axe N°3 Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie :**
 - o Objectif 3.1 : Repérer la fragilité des personnes âgées.
 - o Objectif 3.2 : Mettre en place des actions afin de prévenir la perte d'autonomie.
- **Axe N°4 Eviter les hospitalisations inadéquates et les passages aux urgences :**
 - o Objectif 4.1 : Définir les procédures de mises en œuvre des Coordination Clinique de Proximité [CCP] et assurer la réalisation des Plans Personnalisés de Santé [PPS] et de leurs suivis.
 - o Objectif 4.2 : Prévenir les hospitalisations en urgence et développer des alternatives aux recours inadéquats aux urgences.
 - o Objectif 4.3 : Développer la filière gériatrique extrahospitalière.
 - o Objectif 4.4 : Maintenir à domicile, éviter les hospitalisations et les passages aux urgences. Projet EHPAD Hors les Murs : suivi des personnes âgées accueillies en accueil de jour et/ou sur la plateforme de répit de l'EHPAD Villa Pia (COS), jour/nuit pour éviter les hospitalisations et/ les passages aux urgences inadéquats.
 - o Objectif 4.5 : Favoriser le maintien à domicile et éviter les passages aux urgences ; sortir les personnes âgées des services d'urgences – retour sécurisé au domicile la nuit. Projet Dom

Care de la Fondation Bagatelle : mise en place d'une équipe de soutien aux aidants/ équipe jour qui intervient à la demande des médecins traitants et/ou des autres professionnels, ou de l'aidant afin de mettre en place des dispositifs de soutien aide pour le couple aidant/aidé. Une équipe urgence nuit qui intervient à la demande des services d'urgences afin de permettre le retour sécurisé de la personne âgée à son domicile

- Objectif 4.6 : Développer l'offre de service de télémédecine et de téléconsultation : faciliter l'accès aux soins par la diminution du délai d'attente de l'avis d'expert et la réduction des transports sanitaires ; favoriser et homogénéiser la formation des soignants de proximité en les associant à ces consultations et améliorer la qualité de prise en charge en continuité Ville-Hôpital.

- **Axe N5 Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation :**

- Objectif 5.1 : Mobiliser les établissements de santé sur le parcours de santé des personnes âgées tant en interne qu'en externe.

- **Axe N6 Diffuser et accompagner des recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie :**

- Objectif 6.1 : Mobiliser l'ensemble des acteurs institutionnels, professionnels de ville, d'établissements de santé et médico-sociaux et les usagers/proches sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et les problèmes d'observance chez la personne âgée en risque de perte d'autonomie.
- Objectif 6.2 : Améliorer la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins de la personne âgée aux points de transition : conciliation médicamenteuse.
- Objectif 6.3 : Renforcer les actions de bon usage et de pertinence de prescription chez la personne âgée (focus psychiatrie).
- Objectif 6.4 : Accompagner la mise en place à titre pédagogique de retour d'expérience (REX) autour d'un incident ou événement médicamenteux dans le parcours de la personne âgée.
- Objectif 6.5 : Etudier les pratiques de prescriptions de médicaments chez la personne âgée dans le parcours de soins, dans le cadre de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et des hospitalisations évitables (focus médicaments en psychiatrie et vieillissement).
- Objectif 6.6 : Mobiliser l'expertise pharmaceutique et la collaboration pharmaceutique.
- Objectif 6.7 : Valoriser le dossier pharmaceutique (DP) et promouvoir les systèmes d'informations partagés pour optimiser la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

- **Axe N7 Développer des systèmes d'information partagés et simples :** Proposer aux acteurs de terrain des outils numériques adaptés à leur pratique et facilitant leur coordination et leur communication autour du parcours PAERPA

- Objectif 7.1 : Analyser et diagnostiquer les besoins métiers et consolider des rôles par types d'acteurs (CTA et CCP). Décliner le cahier des charges PAERPA – Définition du SI PAERPA cible.
- Objectif 7.2 : Mettre en œuvre un SI opérationnel à partir des ajustements fonctionnels des outils PAACO – MSS.
- Objectif 7.3 : Assurer une véritable coordination territoriale en déployant les outils SI adaptés et de la bonne intégration de ces outils dans les organisations CTA et CCP.
- Objectif 7.4 : Mettre en œuvre du déploiement et accompagnement des acteurs à partir d'un quartier test du territoire.

- Objectif 7.6 : Déployer des outils SI PAERPA et accompagnement des acteurs sur tout le territoire de la Ville de Bordeaux.

4 Parties signataires

Conformément à l'article 48 de la LFSS pour 2013, le projet PAERPA nécessite un partenariat renforcé de l'ensemble des parties prenantes du parcours des personnes âgées de 75 ans et plus. La lettre d'engagement signée le 14 octobre 2014 a marqué la première formalisation de l'accord entre les différentes parties à la présente convention.

4.0 Institutions/Signataires, membres du comité de pilotage (instance stratégique) : l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Régional, le Conseil Général de la Gironde, la Ville de Bordeaux [CCAS], les Organismes d'Assurance Maladie, les Unions Régionales des Professionnels de Santé

L'ensemble des partenaires de l'ARS, pilote du projet PAERPA, s'engage afin de garantir la transversalité du parcours de santé sur les secteurs sanitaire, social et médico-social. Dans ce cadre, le partenariat avec le Conseil Régional, le Conseil Général de la Gironde, la Ville de Bordeaux, les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, les URPS, autour de l'ARS est essentiel.

4.1 Acteurs du territoire concernés

Le projet PAERPA nécessite une implication et la participation active de l'ensemble des intervenants dans le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire. Les acteurs sur le territoire de la ville de Bordeaux sont énumérés en annexe 9.0.

Il s'agit :

- des acteurs institutionnels, notamment les signataires de la lettre d'engagement et de la convention cadre ;
- des acteurs de la coordination (CLIC – MAIA) ;
- des acteurs de l'offre de soins (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, réseau en soins palliatif) ;
- des acteurs de l'offre médico-sociale (EHPAD, logements-foyers, SSIAD et SAAD) ;
- des acteurs du secteur social (CCAS, services du Conseil Général, services des organismes de protection sociale).

Un avenant au contrat pourra être signé, si d'autres acteurs souhaitent intégrer le projet postérieurement à la signature de la présente convention.

5 Modalités de gouvernance

Deux niveaux de gouvernance sont institués : un comité de pilotage – instance stratégique - et un comité technique opérationnel. Leurs modalités d'organisation sont précisées dans le tableau ci-après, reprenant les éléments suivants : missions, composition, fréquence des réunions, liens avec les autres niveaux. Le suivi opérationnel est assuré par l'équipe projet, dont la composition est détaillée ci-après et des groupes de travail.

Instance	Missions	Membres	Fréquence
<p>Niveau 1 : Comité de Pilotage – instance stratégique</p> <p>Présidé par le DG ARS</p> <p>Le secrétariat est assuré par l'ARS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organise le pilotage stratégique du projet ; - Veille à la bonne exécution et au respect des engagements pris par les acteurs ; - S'assure de la cohérence des démarches et initiatives locales au regard des objectifs du projet pilote ; - Rend les arbitrages nécessaires ; - Valide et suit la programmation et l'avancement des travaux du projet ; - S'assure de la coordination et de la transversalité des actions du parcours de santé ; - Signe la convention cadre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Conseil régional d'Aquitaine ; - Le Conseil Général de la Gironde ; - la Ville de Bordeaux (CCAS) ; - La CARSAT ; - La CPAM de la Gironde ; - Le RSI ; - La MSA ; - L'URPS des Médecins libéraux d'Aquitaine, - L'URPS des Pharmaciens ; - L'URPS des Infirmiers libéraux ; - L'URPS des Masseurs-Kinésithérapeutes ; - L'URPS des Pédicures-Podologues ; - L'URPS des Orthophonistes ; - Les Usagers (CODERPA 33) ; - Les Familles/aidants (CRSA). 	<p>Semestrielle</p>

Instance	Missions	Membres	Fréquence
<p>Niveau 2 : Comité Technique Opérationnel</p> <p>Présidé par le Directeur de Projet – directeur territorial de la Gironde.</p> <p>Le secrétariat est assuré par l'ARS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation des actions ; - Programmation des actions ; - Mise en œuvre opérationnelle des actions ; - Participation à l'évaluation ; - Validation des travaux des groupes de travail mis en place pour : <ul style="list-style-type: none"> • Le diagnostic ; • L'évaluation ; • Les projets d'actions ; • Le suivi des actions définies dans le cadre de la présente convention. - L'ensemble des travaux du CTO sont présentés au COPIL 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Conseil Régional d'Aquitaine ; - Le Conseil Général 33 - la Ville de Bordeaux ; - La CARSAT ; - La CPAM 33 ; - Le RSI ; - La MSA ; - L'URPS Médecins libéraux ; - L'URPS Pharmaciens ; - L'URPS Infirmiers libéraux ; - L'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes ; - L'URPS Pédiatres-Podologues ; - L'URPS Orthophonistes ; - Les Usagers (CODERPA 33) ; - Les Familles/aidants (CRSA) ; - La MAIA ; - Le CLIC niveau 3 ; - La Mutualité française ; - Le CHU de Bordeaux ; - Le SAMU – Centre 15 (CHU Bx) ; - Le SDIS 33 ; - La FHF ; - La FHP ; - La FEHAP ; - Les EHPAD FEHAP ; - Les EHPAD privés SYNERPA ; - L'OGISAD (SSIAD) ; - l'ASAD (SSIAD) ; - L'HAD (Bagatelle/ Le Bouscat) ; - Les SAD privés ; - Le réseau de soins palliatif L'Estey ; - Le centre de soins infirmiers ; - L'Université de Bordeaux – L'ISPED ; - l'ASEPT 33 - Prévention 	<p>Trimestrielle</p>

L'équipe projet est composée d'une équipe interne à l'ARS représentant l'ensemble des directions métiers, de la Délégation territoriale de la Gironde, du GCS Télé Santé Aquitaine, de l'OMEDIT, des représentants des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des URPS et de l'ISPED.

Ses missions sont :

- Organiser et apporter son appui au Comité de Pilotage et au Comité Technique Opérationnel,
- Réaliser le diagnostic territorial,
- Mobiliser les moyens relevant de leur pilotage,
- Accompagner les acteurs dans le déploiement des actions prévues dans le cadre de la convention,
- Organiser le processus de remontée d'information dans le cadre du dispositif de l'évaluation nationale et locale,
- Participer aux groupes de travail.

Cette équipe est pilotée par le Chef de Projet PAERPA.

Elle se réunit régulièrement et en fonction des besoins. Son dimensionnement est facteur des sujets évoqués afin de ne pas trop monopoliser les partenaires. Elle peut faire appel à tout expert et/ou personne qualifiée dans le cadre de ses travaux.

6 Ressources à mobiliser

En complément des financements existants qui doivent être mobilisés en priorité, conformément à l'article 48 de la LFSS pour 2013, le FIR contribue au financement des actions listées en annexe de la présente convention, en application d'un principe de subsidiarité au regard des financements existants. La circulaire n° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2014 en précise les modalités d'utilisation dans ce cadre.

En outre, les parties à la présente convention s'engagent à mettre à disposition du projet le temps de travail en commun nécessaire à sa mise en œuvre et à son évaluation.

7 Durée et révision du contrat

7.0 Durée du contrat

La présente convention doit être conclue avant le 31 décembre 2014 par l'ensemble des parties. Elle prend effet au lendemain de sa signature par l'ensemble des contractants. Elle est conclue jusqu'au 31 décembre 2017.

7.1 Dénonciation du contrat

La présente convention peut être dénoncée à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec avis de réception adressée de l'ARS d'Aquitaine. Les membres du comité de pilotage en sont informés par tous moyens sans délai par ladite ARS. La dénonciation prend effet après un préavis de deux mois à compter de la réception de la lettre recommandée susmentionnée.

7.2 Révision du contrat

La présente convention pourra être modifiée avec l'accord des parties contractantes par voie d'avenant au contrat initial selon les modalités prévues par le Comité Pilotage.

8 Suivi et évaluation de la convention

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires, la mise en œuvre des actions prévues dans la présente convention font l'objet d'un suivi régulier. Une évaluation annuelle ainsi qu'un bilan de mise en œuvre sont effectués et transmis au ministère des affaires sociales et de la santé.

8.1 Dix indicateurs clefs de la convention, identiques à l'ensemble des territoires pilotes PAERPA

Les indicateurs suivants sont utilisés en prévision de l'évaluation. Des indicateurs complémentaires, listés en annexe, les complètent dans la présente convention.

A- Indicateurs sur l'amélioration de la pertinence du recours à l'hôpital

Améliorer l'organisation en amont de l'hospitalisation

1. Taux d'hospitalisations non programmées en médecine et chirurgie (nb de personnes hospitalisées au moins une fois avec la définition ATIH des séjours non programmés).
Objectif à terme : l'élargir aux personnes qui recourent aux urgences sans hospitalisation ensuite.
2. Proportion des résidents d'EHPAD disposant d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
3. Taux de recours aux urgences des résidents d'EHPAD.

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

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

B- Indicateurs sur les modalités et les outils de la coordination des parcours

L'implication des professionnels

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

Les outils de la coordination

7. Nombre de professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux disposant d'une messagerie sécurisée/nombre de professionnels du territoire.
8. Nombre de PPS ouverts.

Les appuis à la coordination

9. Nombre d'appels traités par la coordination territoriale d'appui (CTA).

C- Indicateur sur le risque iatrogénique :

10. Pourcentage de personnes prenant plus de dix molécules différentes (au moins trois délivrances dans les douze derniers mois).

8.2 Modalités de suivi

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les actions prévues à la présente convention font l'objet d'un suivi régulier de leur mise en œuvre. L'atteinte des objectifs opérationnels et généraux est mesurée par le biais d'indicateurs de résultat et d'indicateurs d'impact, dans le cadre d'une évaluation intermédiaire et d'une évaluation finale de la convention. La qualité de la relation contractuelle est également évaluée.

Les objectifs, procédures et outils du suivi de la mise en œuvre des actions, des évaluations intermédiaire et finale et de l'évaluation de la qualité de la relation contractuelle sont décrits dans le présent dispositif de suivi et d'évaluation de la convention.

Deux outils sont utilisés

1. un tableau de bord de suivi des actions de la convention. Ce document est composé :
 - d'un tableau de bord synthétique présentant le niveau d'avancement global de chacune des actions ;
 - d'un tableau de suivi de la mise en œuvre pour chaque action reprenant les travaux menés / à réaliser, ainsi que les indicateurs de mise en œuvre et résultat de l'action ;
 - d'un tableau de bord des indicateurs d'impact (utile pour les évaluations intermédiaire et finale) ;
 - d'un dictionnaire des indicateurs indiquant la définition et les modalités de recueil des indicateurs des actions de la convention : ce dictionnaire précise notamment la fréquence de mesure des indicateurs de suivi, de résultat et d'impact, utiles pour les évaluations.
2. un tableau de bord de suivi de la relation contractuelle, permettant de suivre le respect des principes de gouvernance de la convention et d'évaluer l'implication des signataires.

Le tableau de bord de suivi des actions de la convention est mis à jour trimestriellement. Les résultats sont présentés chaque trimestre au Comité Technique Opérationnel. Une présentation est réalisée au Comité de Pilotage.

Le tableau de bord de suivi de la relation contractuelle est mis à jour semestriellement par l'ARS qui assure une présentation des résultats au Comité de Pilotage.

Bordeaux, le

Pour la Ville de Bordeaux	Pour le Conseil Général de la Gironde	Pour l'ARS Aquitaine
Pour le Conseil Régional d'Aquitaine	Pour l'Assurance Maladie	Pour le Régime Social des Indépendants
Pour la Mutualité Sociale Agricole	Pour la Caisse d'Assurances Retraite et de la Santé au Travail	Pour l'URPS des Médecins Libéraux
Pour l'URPS des Pharmaciens	Pour l'URPS des Infirmiers Libéraux	Pour l'URPS des Masseurs-Kinésithérapeutes
Pour l'URPS des Pédiçures-Podologues	Pour l'URPS des Orthophonistes	Pour l'URPS des Chirurgiens-Dentistes

9 Documents annexés

- La cartographie des acteurs du territoire
- Lettre d'engagement des partenaires sur le projet PAERPA sur le territoire de la Ville de Bordeaux
- Lettre du Ministère des finances et des comptes publics et du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes portant validation du Projet PAERPA sur le territoire de la Ville de Bordeaux.
- Les fiches-actions
- La feuille de route

ANNEXE

9.0 Annexe : La cartographie des acteurs

Secteur	Acteur	Commune	Type
Institutionnel	ARS Aquitaine		ARS
Institutionnel	CR Aquitaine		CR
Institutionnel	CG Gironde		CG
Institutionnel	Ville de Bordeaux		Commune
Institutionnel	CARSAT		Organisme de sécurité sociale
Institutionnel	CPAM Gironde		Organisme de sécurité sociale
Institutionnel	RSI		Organisme de sécurité sociale
Institutionnel	MSA		Organisme de sécurité sociale
Institutionnel	DRSM		Organisme de sécurité sociale
Institutionnel	Mutualité Française		Organisme de sécurité sociale
Institutionnel	URPS Médecins Libéraux		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	URPS des Pharmaciens		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	URPS des Infirmiers		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	URPS des Masseurs-Kinésithérapeutes		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	URPS des Podologues-Pédicures		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	URPS des Orthophonistes		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	CODERPA 33		Usagers
Institutionnel	CRSA		Familles/Aidants
Institutionnel	ASEPT 33		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	ISPED		Université de Bordeaux
Institutionnel	Télé Santé Aquitaine		GCS

Secteur	Acteur	Commune	Type
Institutionnel	SDIS 33		SDIS
Institutionnel	FHF		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	FHP		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	FEHAP		Fédération, Union, Syndicat, Association
Institutionnel	SYNERPA		Fédération, Union, Syndicat, Association
Coordination	CLIC Niveau 3	Bordeaux	
Coordination	MAIA	Bordeaux	
Sanitaire	Réseau l'Estey Soins Palliatifs	Bordeaux	Réseau
Sanitaire	CHU de Bordeaux – Hôpital Saint André	Bordeaux	ES
Sanitaire	CHU de Bordeaux – Hôpital Pellegrin	Bordeaux	ES
Sanitaire	CHU de Bordeaux – Xavier Arnoz	Pessac	ES
Sanitaire	CHU de Bordeaux – Haut Lévêque	Pessac	ES
Sanitaire	CHS Charles Perrens	Bordeaux	ES
Sanitaire	CHS Cadillac	Cadillac – secteur Bordeaux	ES
Sanitaire	Institut Bergonié	Bordeaux	ES
Sanitaire	Clinique Bel air	Bordeaux	ES
Sanitaire	Polyclinique Bordeaux Caudéran	Bordeaux	ES
Sanitaire	Clinique Bel Air	Bordeaux	ES
Sanitaire	Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine	Bordeaux	ES
Sanitaire	Clinique Saint Augustin	Bordeaux	ES
Sanitaire	Clinique Ophtalmologique Thiers	Bordeaux	ES
Sanitaire	Polyclinique Bordeaux-Tondu	Bordeaux	ES
Sanitaire	Clinique Tivoli	Bordeaux	ES
Sanitaire	Clinique Anouste	Bordeaux	ES
Sanitaire	MSP Bagatelle	Talence	ES
Sanitaire	Hôpital Suburbain du Bouscat	Le Bouscat	ES
Sanitaire	Clinique Mutualiste	Pessac	ES
Sanitaire	HIA « Robert Picqué »	Villenave d'Ornon	ES
Sanitaire	Polyclinique Jean Villar	Bruges	ES
Sanitaire	Polyclinique Rive Droite	Lormont	ES
Sanitaire	Hôpital privé Saint Martin	Pessac	ES
Sanitaire	Clinique Béthanie	Talence	ES
Sanitaire	Maison de santé Les Pins	Pessac	ES
Sanitaire	HAD Bagatelle	Talence	ES

Secteur	Acteur	Commune	Type
Sanitaire	HAD Le Bouscat	Le Bouscat	ES
Sanitaire	Réseau SP « l'Estey »	Bordeaux	Réseau
Sanitaire / SSR	Maison de Santé Marie Galène	Bordeaux	ES
Sanitaire / SSR	CRF Les Grands Chênes	Bordeaux	ES
Sanitaire / SSR	Résidence les Fontaines de Monjous	Gradignan	ES
Sanitaire / SSR	Centre la Tour de Gassies	Bruges	ES
Sanitaire / SSR	Centre SSR Châteauneuf	Léognan	ES
Sanitaire / SSR	Centre SSR Les Lauriers	Lormont	ES
Sanitaire / SSR	Maison de repos l'Ajoncière	Cestas	ES
Sanitaire / SSR	Centre de médecine physique et de réadaptation Château Rauzé	Cénac	ES
Sanitaire / SSR	Clinique Korian Les Flots	Talence	ES
Sanitaire / SSR	Clinique Korian Château Lemoine	Cenon	ES
Sanitaire / SSR	Clinique Korian Hauterive	Cenon	ES
Sanitaire / Centre de santé infirmier	Vie Santé Mérignac	Bordeaux	ES
Médico-social	SSIAD OGISAD	Bordeaux	ESMS
Médico-social	SSIAD ASAD	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Maryse Bastié	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Korian Villa Louisa	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Résidence Aimé Césaire	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Le Platane du Grand Parc	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Site du Petit Trianon	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Terre Nègre	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Maison Protestante de Retraite	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Notre Dame de Bonne Espérance	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Les Fleurs de Gambetta	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Grand Bon Pasteur	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD La Clairière de Lussy	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Ma Maison	Bordeaux	ESMS

Secteur	Acteur	Commune	Type
Médico-social	EHPAD COS Villa Pia	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Plein Soleil	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Le Sablonat	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPA Le Clos Saint-Amand	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Résidence de Guyenne	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD La Chêneraie	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Henri Dunant	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD l'Amaryllys	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Résidence Vermeil	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Les jardins de Caudéran	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD La Villa des Chartrons	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Tiers-temps Résidence des Carmes	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPAD Korian Le Clos Serena	Bordeaux	ESMS
Médico-social	EHPA Clos Nansouty	Bordeaux	ESMS
Médico-social	Résidence Chantecrit	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Magendie	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Reinette	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Manon Cormier	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Lumineuse	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Notre Temps	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Bonnefin	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Billaudel	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Alfred Smith	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Dubourdiou	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Buchou	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Achard	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Alsace-Lorraine	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Armand Faulat	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence Maryse Bastié	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	Résidence AREFO Le Pont Saint Jean	Bordeaux	Foyer-Logement
Médico-social	OGIGAD	Bordeaux	SAD
Médico-social	ASAD	Bordeaux	SAD
Médico-social	Rayon de Soleil 33	Bordeaux	SAD
Médico-social	Vie Santé Mérignac	Mérignac (secteur Bx)	SAD
Médico-social	La clé des âges (SAAD)	Pessac (secteur Bx)	SAD
Médico-social	GCSMS Aliénor	Pessac (secteur Bx)	SAD

ANNEXE

9.1 Annexe : Lettre d'engagement des partenaires sur le projet PAERPA sur le territoire de la Ville de Bordeaux



Bordeaux, le 14 octobre 2014

Lettre d'engagement sur le projet-pilote expérimental du parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) sur le territoire de la Ville de Bordeaux.

L'amélioration de la prise en charge des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie est un axe fort de la Stratégie Nationale de Santé et du Projet Régional de Santé d'Aquitaine. Les partenaires sont déjà engagés et souhaitent développer des actions sur les dispositifs d'accompagnement, de coordination de proximité associant les personnes âgées, leur entourage et les acteurs de soin, de l'accompagnement médico-social et de la prévention.

A ce titre et compte tenu de la mobilisation des opérateurs, l'ARS a proposé que le territoire de Bordeaux participe à l'expérimentation nationale prévue à l'article 48 de la loi portant financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le territoire de Bordeaux a été retenu en 2013, parmi les neuf projets-pilotes en France, pour une expérimentation nationale relative au « Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». Il totalise 236 000 habitants et compte 19 200 personnes âgées de 75 ans et plus dont :

- ✓ 45% vivent seules à domicile,
- ✓ On estime à 3 600 le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de démence (cohorte PAQUID).

La population cible (les personnes âgées en risque de perte d'autonomie) recouvre l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus, résidentes à Bordeaux, pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social.

Les principes qui guident cette action publique sont :

- ✓ Le dispositif doit concerner l'ensemble de la population et des acteurs de la prise en charge sur le territoire de Bordeaux,
- ✓ L'approche doit s'appuyer sur les acteurs existants,
- ✓ L'organisation doit être industrialisable,
- ✓ Le financement doit favoriser la continuité du parcours de santé,
- ✓ L'évaluation médico-économique doit être réalisée sur un long terme.

L'objectif final de cette expérimentation dans la logique du parcours est de « 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 ».

Le projet pilote a donc pour objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, et d'améliorer ainsi sur un plan individuel leur qualité de vie et celles de leurs aidants et sur le plan collectif, l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé.

Dans le cadre de ce projet pilote, les partenaires s'engagent sur cinq orientations, sans préjuger des travaux complémentaires à mener :

- ✓ Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie utilisable par les professionnels de santé de proximité et les aides à domicile,
- ✓ Éviter les hospitalisations inutiles en proposant un appui aux professionnels de santé libéraux (équipe psycho sociale, plate-forme de coordination médico-sociale), faciliter l'accès direct aux gériatres hospitaliers et les hospitalisations programmées sans passer par les urgences, mettre en place des actions permettant de réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse, de chutes, de dénutrition et de dépression, développer les consultations spécialisées en EHPAD notamment grâce au projet de télé-médecine,
- ✓ Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation en améliorant les organisations et les pratiques professionnelles au sein du CHU et des établissements de santé, développer la réponse d'intervention à domicile à partir des professionnels de santé de proximité dont les infirmiers libéraux, des services d'aide à domicile existants, des SSIAD et des EHPAD pour faciliter les premières heures voire jours de retour après hospitalisation, développer les réponses d'hébergement relais au sein des EHPAD du territoire,
- ✓ Développer les innovations technologiques, les systèmes d'information partagés simples, interopérables,
- ✓ Diffuser, accompagner les recommandations de bon usage, évaluer la pertinence des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée et réduire les risques de iatrogénie : étude qualitative sur la pertinence des prescriptions chez la personne âgée, nombre de molécules présentes, diminuer les erreurs médicamenteuses, gestion du risque en EHPAD.

Éviter les parcours inappropriés, définir et généraliser les parcours pertinents est la question centrale du projet qui doit être exprimée dans les orientations sur lesquelles un engagement mutuel est pris.

À l'heure du lancement opérationnel de l'expérimentation PAERPA, la mobilisation des institutions autour d'un engagement réciproque et collectif afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie est confirmée.

Le périmètre de l'engagement porte sur la capacité des institutions, des professionnels et des usagers à :

- ✓ Participer aux instances de pilotage,
- ✓ S'impliquer dans la réalisation du diagnostic territorial,
- ✓ Apporter leur expertise, leurs projets, et associer les professionnels et partenaires à la mise en œuvre des actions coordonnées,
- ✓ Contribuer à soutenir les actions attendues qui visent à fluidifier le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie,
- ✓ Contribuer au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation, notamment en mettant à disposition les données utiles,
- ✓ Prendre part à la diffusion de l'information dans une logique de capitalisation pour d'autres territoires.

Cet engagement mutuel entre en vigueur à partir de la date de signature de cette présente lettre. Il sera concrétisé par l'élaboration et la mise en œuvre partagée d'une convention territoriale.

**Lettre d'engagement sur le projet-pilote expérimental
du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
sur le territoire de la Ville de Bordeaux.**

Pour l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
Le Directeur Général,

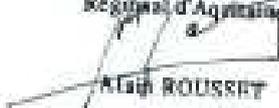

Michel LAFORCADE

Pour le Conseil Général de la Gironde
Le Président,

Par délégué,

Bernard DESSAULT
Vice-Président du Conseil Général

Pour le Conseil Régional d'Aquitaine
Le Président de Conseil
Régional d'Aquitaine


Alain ROUSSRY

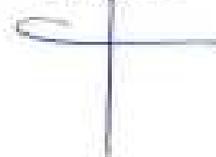
Pour la Ville de Bordeaux,
L'Adjoint au Maire en charge de la santé et des
seniors
Vice-Président du CCAS,


Dr Nicolas BRUGERE

Pour la CARSAT d'Aquitaine
La Directrice,


Marie DOUMENGETS

Pour la CPAM de la Gironde
Le Directeur,



Pour la MSA de la Gironde,
La Directrice,


Madeline TALAVERA

Pour le RSI
Le Directeur,

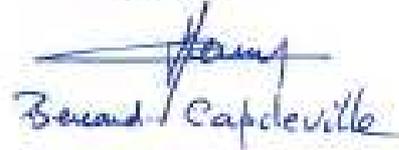

Jean-Yves AUFFRET
Directeur Régional

Pour l'URPS Médecins Libéraux
La Présidente,



Dr Dany GUERIN

Pour l'URPS des Pharmaciens
Le Président,

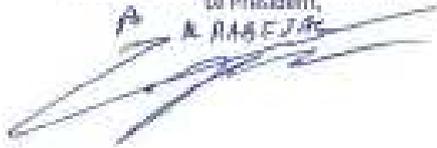


Pour l'URPS des Infirmiers
Le Président,



Patrick EXPERTON

Pour l'URPS des Masseurs-Kinésithérapeutes
Le Président,



Pour l'URPS des Pédiçures-Podologues
La Présidente,

20/
Annie L'Hôte-Blas

Pour l'URPS des Orthophonistes
La Présidente,



Sylvie ZAMANSKI



ANNEXE

9.2 Annexe : Lettre du Ministère des finances et des comptes publics et du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes portant validation du Projet PAERPA sur le territoire de la Ville de Bordeaux.



A cet égard, les URPS médecins libéraux et IDE constituent des relais utiles pour promouvoir les actions PAERPA auprès des professionnels, en particulier concernant les modalités de recours au PPS. Afin de les intégrer au projet, il est pleinement justifié de tester pendant un an une astreinte d'infirmiers libéraux, jugée indispensable par les URPS pour éviter des hospitalisations. Nous appelons toutefois votre attention sur le fait que cette action devra être soumise à une évaluation rigoureuse permettant d'apprécier son intérêt en termes de prise en charge et d'hospitalisations effectivement évitées.

Les prochaines délégations de crédits seront mises en œuvre en fonction du reporting de déploiement des actions selon les modalités validées lors du COPIL, évaluation du 12 septembre 2014 concernant les indicateurs de process, complétées du renseignement d'un tableau financier. Les fiches actions relatives aux systèmes d'information devront faire l'objet d'une présentation par thématique métiers et outils afin de permettre un suivi comparé de la mise en œuvre des différentes actions dans le cadre du COPIL, systèmes d'information.

Nous vous remercions pour votre implication forte dans le projet PAERPA.

Nos équipes demeurent à la disposition des vôtres en tant que de besoin pour les accompagner dans le déploiement de ces expérimentations.

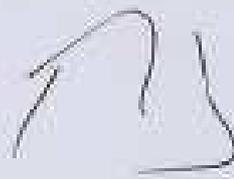
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

Le directeur de la sécurité sociale



Thomas FATOME

Le secrétaire général des ministères
en charge des affaires sociales



Pierre RICORDEAU

ANNEXE

9.3 Annexe : Les Fiches-action

Fiche Action N°1

Objectif général à atteindre :

Organiser le pilotage du projet ; coordonner les dynamiques locales

Référent (personne ou institution) : ARS

Axe stratégique 1	Organiser, promouvoir, communiquer et évaluer dans le cadre d'une gouvernance dédiée.
Objectif opérationnel	Animer et coordonner les instances de pilotage
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> — Réunir le Comité de pilotage (instance stratégique) au moins 2 fois par an. <p>Ses missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Valider, suivre la programmation et l'avancement des travaux du projet pilote expérimental parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie sur le territoire de Bordeaux. — S'assurer de la coordination, de la cohérence et de la transversalité des actions du parcours de santé. — Emettre un avis sur l'évaluation et les résultats du projet. <ul style="list-style-type: none"> — Réunir le Comité technique opérationnel au moins une fois par trimestre ; <p>Ses missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Formalisation du plan d'actions. — Programmation des actions prioritaires. — Mise en œuvre opérationnelle des actions. — Participation à l'évaluation. — Validation des travaux des groupes de travail mis en place en vue de préparer le diagnostic, l'évaluation, les projets d'actions et le suivi de leur mise en œuvre en vue de leurs présentations au COPIL. <ul style="list-style-type: none"> — L'équipe projet : <p>Ses missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser et apporter son appui au comité de pilotage et au Comité technique opérationnel. - Réaliser le diagnostic territorial. - La mise en place d'un annuaire des ressources. - La mise en place de la messagerie sécurisée. - Accompagner les acteurs dans le déploiement et l'utilisation des outils informatiques, - La mise en œuvre de la formation. - Organiser le processus de remontée d'information dans le cadre du dispositif d'évaluation nationale. - Mobiliser les moyens relevant de leur pilotage. - Participer aux groupes de travail dans le cadre du CTO et/ou autres partenaires en vue de l'étude d'actions à mettre en œuvre.
Identification des acteurs à mobiliser	Les membres du comité de pilotage, Les membres du CTO et l'équipe projet

Moyens nécessaires	Pas de financement sollicité
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Composition des instances de pilotage (Février 2014), 2. Suivi et Conduite des projets d'actions, (2014 jusqu'à fin 2017) 3. Maintenir la mobilisation des acteurs (2014 jusqu'à fin 2017)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de réunions par instance (ARS) – Nombre de participants aux réunions par instance
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Assurer un suivi des relevés de conclusions des instances ; (ARS) – Assurer un suivi des mises en œuvre des actions (qualitatif et financier) (ARS)

Objectif général à atteindre :
Assurer le suivi et l'évaluation du projet PAERPA

Référent (personne ou institution) : ARS/ISPED/CTA

Axe stratégique 1	Organiser, promouvoir, communiquer et évaluer dans le cadre d'une gouvernance dédiée.
Objectif opérationnel	Formaliser un dispositif de suivi et d'évaluation des actions PAERPA
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Mise en place d'un groupe technique territorial chargé de l'évaluation du projet au regard des indicateurs et capitaliser sur l'expérimentation, – réalisation d'un outil de reporting de données de suivi et d'évaluation (tableau synthétisant l'ensemble des indicateurs des fiches actions et des indicateurs nationaux), – assurer le suivi et la mise à jour du tableau de bord de l'évaluation nationale, réaliser les remontées nationales, – réaliser les évaluations des actions locales : définition des indicateurs, tableau de bord, suivi, retour aux partenaires, – nomination de référent – évaluation par chaque structure partenaire du territoire (le référent aura la responsabilité de la collecte des données et de leur transmission à l'ARS dans les formats prévus par le tableau de bord), – travailler sur le chaînage des données autour du parcours de la personne âgée en apportant le concours de l'ISPED sur les actions ciblées dans le cadre d'une évaluation ciblée sur l'efficacité des actions menées, notamment en utilisant comme population témoin une cohorte de personnes étudiées, une enquête à jour donnée, gratification et quantification des actions et des outils pour vérifier la pertinence de l'action. [FA 5 : repérage de la fragilité ; FA 14 et 15 : Dom Care Equipe jour/nuit ; FA 22 : Etude des pratiques de prescription des médicaments chez la personne âgée (focus médicaments en psychiatrie et vieillissement)] – information et diffusion des évaluations. <p>Toutes les Fiches actions sont liées à cette action</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>L' ISPED, l'ARS et la CTA en coordination avec les Membres du Comité Technique Opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conseil Régional – Conseil Général – Ville de Bordeaux (CCAS) – Organismes d'assurance maladie – URPS – Etablissements de santé – Etablissements et services médico-sociaux – Usagers et représentants des familles – MAIA/CLIC – Associations de Prévention
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : mobilisation et renforcement équipe ISPED (agent administratif, TEC,..) – Financement ARS : coût annuel 80 000€ Coût total : 240 000€
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> – 1^{er} semestre 2015 – Fin 2017
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – élaboration des tableaux de bord. – nombre de transmissions du tableau de bord national. – taux de production des indicateurs selon la fréquence des mises à jour définies. – réalisation de l'évaluation finale.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – mettre en place un système d'information interopérable. – veiller à la complétude des indicateurs nationaux et locaux devant être obligatoirement fournis.

Objectif général à atteindre :

Communiquer, informer la population, les partenaires et les acteurs locaux

Référent (personne ou institution) : ARS

Axe stratégique 1	Organiser, promouvoir, communiquer et évaluer dans le cadre d'une gouvernance dédiée.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mettre en place un plan de communication
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Créer et alimenter une page Internet sur le site de l'ARS Aquitaine. – Diffuser des lettres d'information auprès des personnes âgées de 75 ans ou plus, résidents sur le territoire de Bordeaux. – Communiquer auprès des partenaires : diffusion affiches/flyers et envoi des fiches actions finalisées. – Organiser des réunions pour le grand public et les professionnels de proximité. – Réaliser une communication sur les médias locaux : diffusion de communiqués de presse, achats d'encarts Sud-ouest, participation émission santé TV7... – Se doter d'un kit de communication pour les événementiels : affiches déroulantes, flyers...
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – ARS – CCAS – CG – Organismes d'assurance maladie – URPS – Ordres – Professionnels de santé
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : recours au service communication de l'ARS Aquitaine – Financement : FIR PAERPA Etage 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Coût Total : 50 000€
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> – Groupe technique Décembre 2014/janvier 2015 – élaboration du plan, informations : 1^{er} trimestre 2015 – Suivi du plan de communication et mise en œuvre des différentes étapes en fonction de la mise en place des actions, année 2015/2017.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Cohérence avec le plan de communication national. – Taux de satisfaction des professionnels sur les informations reçues.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Veiller à la bonne diffusion des informations et des outils de communication.

Objectif général à atteindre :

METTRE EN PLACE LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI

Référent (personne ou institution) : ARS/CCAS Bordeaux/CG 33

Axe stratégique 2

Assurer la coordination territoriale d'appui

Objectif opérationnel (ou spécifique)

Coordonner le parcours santé des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant sur le territoire de la Ville de Bordeaux

Description de l'action

Pilotée par l'ARS en partenariat avec le Conseil Général de la Gironde, la Coordination Territoriale d'Appui sera portée par le CCAS de la Ville de Bordeaux, porteur du CLIC de Niveau 3 et de la MAIA, dont le territoire d'intervention est la commune de Bordeaux. Ces deux structures sont reconnues par les usagers en matière d'accueil, d'information, d'orientation, d'évaluation, de suivi des plans d'aide et d'animation du réseau de professionnels.

Le CCAS pilote avec l'ARS les 6 actions de l'axe Promouvoir le Bien Vieillir du Contrat Local de Santé 2013-2016 en partenariat avec la CARSAT, le CHU, le Conseil Général et la CPAM.

Un Comité stratégique sera mis en place ainsi qu'une table tactique. L'organisation et les procédures de fonctionnement sont en cours avec les acteurs locaux.

Elle associe l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour répondre de façon la plus juste aux besoins des personnes âgées.

Ses missions :

Aiguillage / appui aux CCP et en particulier aux médecins traitants, à leur demande, pour l'orientation vers :

- une offre d'éducation thérapeutique du patient adaptée,
- une offre médicale et paramédicale,
- une expertise gériatrique, psychiatrique, pharmaceutiques et en soins palliatifs.

Gestion des PPS pour la réalisation des PPS et le suivi :

- avec le consentement de la personne âgée participation à l'élaboration du volet social des PPS,
- avec le consentement de la personne âgée, centralisation et stockage des PPS réalisés par les CCP,
- appui à la CCP au suivi pour que la mise en œuvre puisse être réalisée dans les meilleures conditions.

Information / orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire ainsi que l'offre d'ETP grâce à :

- un annuaire des ressources destiné aux professionnels du territoire pilote,
- un guichet intégré ainsi qu'un N° unique ouvert sur des plages horaires étendues assurant une continuité de réponse le week-end, à destination des personnes âgées et de leurs aidants,
- un N° unique pour les professionnels ouvert sur des plages horaires étendues y compris le week-end.

Gestion administrative et recueil des consentements.

Interface avec les établissements de santé pour les entrées et les sorties d'hospitalisation des personnes âgées afin d'organiser les sorties en articulation avec les dispositifs PRADO, ARDH, les plans d'aide APA et tout dispositifs existants ou spécifiques PAERPA [chambres d'hébergement relai en urgence].

Aiguillage et/ou activation des aides sociales.

Activer les dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Appui au logement : évaluation des besoins éventuels d'adaptation des logements et orientation, le cas échéant vers les aides financières.

Animer la coordination des acteurs des 3 secteurs

	<p>Mutualiser les moyens de coordination existants, tout en respectant les compétences de chacun et en assurant aux personnes âgées résidentes à Bordeaux un service de qualité, efficient et coordonné.</p> <p>Assurer le suivi de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – ARS – CCAS de la Ville de Bordeaux (CLIC Niveau 3), MAIA – CG de la Gironde (CLIC niveau 1) – Organismes de protection sociale (CARSAT ; CPAM 33 ; RSI ; MSA) – URPS – Etablissements de santé – Etablissements et services médico-sociaux et sociaux – Mutuelles / caisses de retraite complémentaire – Usagers et familles
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens mis à disposition par les partenaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Numéro unique : CCAS de Bordeaux ; horaires étendus et permanences avec astreintes (7j/7). ○ Direction au titre du CCAS de Bordeaux. ○ Au titre du CLIC : 2 ETP accueil Téléphonique, 1 ETP accueil physique, 2 coordinatrices, 3 évaluateurs, 0,5 ETP psychologue et 1 responsable ○ ARS/CCAS au titre de la MAIA : 1 ETP pilote ; guichet intégré ; tables de concertation ; 3 ETP gestion de cas, <p>Les équipes du CG (EMS APA et MDSI), les équipes des organismes de protection sociale (CARSAT, CPAM, RSI, MSA) et du secteur hospitalier (Unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la Cité du CHU, Dom Care Bagatelle), sont des partenaires privilégiés dans la mise en œuvre du projet PAERPA.</p> <p>Moyens mis en œuvre dans le cadre de PAERPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : 1,5 Coordinateurs sanitaires, 2,5 coordinateurs d'appui social (équipe pluridisciplinaire : travailleurs sociaux, psychologue) ; 1 gestionnaire PPS et 2 agents d'accueil (accueil physique et téléphonique) – Fonctionnement : participation aux frais de fonctionnement – Financement : FIR PAERPA Etage 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Coût année pleine : 322 628€ ○ Coût total : 927 422€
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dernier trimestre 2014 : organisation, portage de la CTA ; mise en place des SI ; recrutements – ajustements et mise en place des SI (FA reliée n°27) – communication, information. 2. 1^{er} semestre 2015 : mise en place de la CTA - recrutements (1 Coordinateur d'appui sanitaire, 2 coordinateurs d'appui social et 1 agent d'accueil – 1 agent PPS) et Frais de fonctionnement. 3. 2^{ème} semestre 2015 : recrutement de l'équipe complète.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre des PPS ouverts. – Nombre des PPS transmis à la CTA. – Nombre d'appels traités par la CTA. – Nombre d'appels au N° unique émanant des personnes âgées/famille (75 ans et +). – Nombre d'appels au N° unique émanant des professionnels (p/ PA de 75 ans et +). – Nombre d'interventions de la CTA et qualifications. – Nombre de consentements centralisés et recueillis par la CTA. – Nombre de réunions pluri partenariales [Table stratégique]. – Nombre de réunions de coordination pluridisciplinaires [Table tactique]. – Nombre de fonctionnalités de l'outil SI de la CTA.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Veiller à la bonne diffusion des informations et du travail en partenariat ; – SI compatible et interopérable.

Objectif général à atteindre :
REPERAGE DE LA FRAGILITE CHEZ LES PERSONNES AGEES DE 75 ANS OU PLUS

<i>Référent (personne ou institution) : ARS/URPS ML</i>	
Axe Stratégique 3	- Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par le co construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie.
Constat du diagnostic	- Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de la perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans pour des personnes âgées de 75 ans ou plus, autonomes pour tous les actes de la vie quotidienne, vivant à domicile, présentant peu ou pas d'incapacités.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier les déterminants de la fragilité et agir sur eux pour retarder la dépendance dite « évitable » et limiter la survenue d'évènements défavorables grâce à des actions de prévention, – Utilisation d'une grille de repérage spécifique et organiser les modalités pratiques du repérage et de son suivi chez une population de personnes de 75 ans ou plus d'un quartier test de Bordeaux.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dépistage de la fragilité par les Médecins Généralistes à distance d'une pathologie aigue – lors d'une consultation, d'une visite à domicile après éventuellement une alerte émanant d'un autre professionnel de santé ou de la sphère sociale ou médico-sociale. 2. Après accord écrit de la personne, évaluation initiale (IDL) par un technicien (>ISPED), inclusion dans cohorte de suivi : ISPED – courrier adressé au MG. 3. Orientations vers des actions de prévention. 4. Si repérage de signes d'alarmes : orientation vers un gériatre (HJ/CS mémoire).
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – Médecins traitants – Filière gériatrique – CHU de Bordeaux – ISPED
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : médecins généralistes, technicien ISPED, – Fiche action liée : FA 2 Assurer le Suivi et l'Evaluation des actions du projet PAERPA.
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> – Dernier trimestre 2014 : mise en place de ce repérage sur un quartier test de la ville de Bordeaux. – 2015 : généralisation de la grille auprès des professionnels de santé.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de PA dépistées – Nombre de PA incluses cohorte – Nombre expertises demandées – Nombre d'hospitalisations programmées ou après passage dans un service d'urgences – ADL (TO, T6 mois – T12 mois) – Morbimortalité (TO, T6 mois – T12 mois) – Institutionnalisation (TO, T6 mois – T12 mois)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – SI compatible, interopérable et en mobilité. – Veiller à l'information, communication auprès des PS de proximité et des usagers et à la bonne formation des professionnels concernés.

Objectif général à atteindre :

Intégrer des actions d'éducation thérapeutique dans le parcours de santé des sujets âgés fragiles à risque de perte d'autonomie

Référent (personne ou institution) : ARS/OMEDIT/URPS

<p>Axe Stratégique 3</p>	<p>Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par le co construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie.</p>
<p>Constat du diagnostic</p>	<p>Dispositifs d'ores et déjà mis en œuvre en ETP sur le territoire PAERPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme ETP Xavier Arnoz proposé aux personnes âgées au sein du pôle de gérontologie du CHU de Bordeaux (à destination des personnes hospitalisées) - Pôle de ressources régional en ETP, représenté en Bordeaux CUB 33. <p>Hors périmètre PAERPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme mis en œuvre par l'EHPAD Gérard Minvielle - Tartas (40) appliqué à la personne âgée châteuse en institution - Programme proposé par le CH Bazas (33): prise en charge plurifactorielle des personnes âgées chuteuses <p>Programmes nationaux reconnus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHRU Lille – service de gériatrie des BATELIERS - Réseau CLIC de Lens
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Conduire une expérimentation d'actions intégrées d'éducation thérapeutique sur un quartier de la ville de Bordeaux et les déployer sur le territoire de la Ville de Bordeaux. Traiter les 4 facteurs de risque : chutes, risque iatrogène et poly-médication inadaptée, dénutrition et dépression ;</p>
<p>Description de l'action</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valider les modalités d'organisation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Constitution d'une équipe pluri professionnelle : médecins traitants – pivots du dispositif, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues et ergothérapeutes ▪ Formalisation des coordinations avec les acteurs du territoire pouvant apporter une aide à la mise en œuvre de l'ETP, en fonction des besoins d'accompagnement et des habitudes de travail des professionnels 2. Valider le dispositif d'accompagnement en ETP <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir le contenu : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de séances adapté en fonction des compétences que l'on souhaite développer chez les patients ✓ Format collectif et/ou individuel des séances en fonction du besoin de la personne ✓ 1 séance collective prévue - activité physique et ludique adaptée ▪ Définir le cadre d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rôle des acteurs ✓ Modalités de partage de l'information, médecin traitant : partage du dossier patient ▪ Sélectionner l'outil d'évaluation à utiliser par l'équipe d'ETP qui comprenne les dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales (outil OMAGE cité par les acteurs) 3. Former l'équipe à l'ETP du sujet âgé fragile 4. Mettre en place l'expérimentation sur le territoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions de communication afin d'informer/former les acteurs à ce nouveau cadre

Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – CTA – Etablissements de santé – CG – Ensemble des professionnels de santé libéraux – EHPAD – SSIAD
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Financement : FIR PAERPA Etage 1 - Montant total action : 90 000 € <ul style="list-style-type: none"> ○ Montant 2015 : forfait par patient : 200€ X 150 PA = 30 000€ ○ Montant 2016 : 150 PA = 30 000€ ○ Montant 2016 : 150 PA = 30 000€ <p>Représentant 12% des 20% des PA pouvant être bénéficiaires d'un PPS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Financement : ODPC - <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation 2 sessions +1 séance consolidation
Calendrier prévisionnel	<p>Démarrage prévisible 1^{er} semestre 2015</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre d'équipes formées. – Nombre de sessions de formation réalisées. – Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus évaluées conformément au cadre d'évaluation défini (<i>Associer une valeur cible</i>). – Nombre de dossiers de prise en charge des personnes âgées orientées vers l'expertise gériatrique. – Nombre moyen d'évaluations réalisées par personne âgée, tous acteurs confondus : <i>augmentation visée</i>. – Taux de la mise en œuvre des décisions issues des évaluations (<i>par échantillonnage</i>) : <i>effectivité requise</i>. – Nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'une action d'éducation thérapeutique dans le cadre d'un PPS et hors PPS. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Indicateur de mesure des FDR majeurs de la PA (grâce à un questionnaire avant/après le programme - échelle Ninon ?). – Nombre d'hospitalisations non programmées dues aux chutes et à la prise en charge médicamenteuse. – Evaluation de l'économie faite par hospitalisation évitée. – Nombre de lignes prescrites en fonction des classes thérapeutiques / associations. – Nombre d'évènements indésirables liés aux prises médicamenteuses et aux dispositifs médicaux. – Indicateur de mesure du périmètre de vie de la personne (avant / après le programme) ex : life space assessment.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – L'outil d'évaluation commun à l'ensemble des acteurs devra répondre au besoin d'information de chaque acteur concerné par l'évaluation. Il devra être sélectionné parmi les outils d'évaluation existants.

Objectif général à atteindre :

Prévenir les risques de chute des sujets âgés fragiles à risque de perte d'autonomie

Référent (personne ou institution) : URPS Masseurs-kinésithérapeutes

Axe Stratégique 3	Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par le co construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie.
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Les capacités d'adaptation aux risques de chute accidentelle déclinent régulièrement avec l'avancée en âge ; - De nombreux facteurs intrinsèques peuvent favoriser la chute ; - Les conséquences en termes de mortalité et de morbidité justifient une démarche de prévention systématique.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<p>Repérer les personnes à risque.</p> <p>Evaluer le risque et intervenir.</p>
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bilan de diagnostic kinésithérapique. 2. Recherche des signes de gravité – Facteurs de risque. 3. Reconnaître les 3 principales situations à risque de chute grave (ostéoporose avérée ; prise de médicaments ; isolement social et familial. 4. Une stratégie de prévention est mise en place en fonction des autonomies initiales.
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Masseurs –kinésithérapeutes</p> <p>Médecin traitants</p>
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains – Financement de la formation des MK au titre de l'ODPC
Calendrier prévisionnel	1 ^{er} semestre 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Nombre de masseurs-kinésithérapeutes formés sur le territoire de Bordeaux.</p> <p>Nombre de sessions de formation.</p> <p>Nombre de bilans diagnostic réalisés.</p> <p>Nombre d'inclusions de stratégie de prévention mises en place dans les PPS et hors PPS.</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Travail en collaboration avec les professionnels de proximité de la PA,</p> <p>S'inclure dans le PPS, si nécessaire</p> <p>Evaluer l'action auprès des personnes âgées/aidants/médecins traitants</p>

Objectif général à atteindre :

Mettre en place les coordinations cliniques de proximité [CCP] et les plans personnalisé de santé [PPS]

Référent (personne ou institution) : URPS Médecins libéraux

Axe Stratégique 4	Eviter les hospitalisations inutiles et les passages aux urgences
Constat du diagnostic	Ruptures dans le parcours de santé de la personne âgée
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Organiser les CCP et mettre en œuvre les PPS
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formaliser les procédures de création des CCP. 2. Formaliser les processus : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de production des PPS, ▪ d'exécution et de suivi du PPS, ▪ de réévaluation et de clôture du PPS. 3. Mobiliser les professionnels de proximité. 4. Assurer la diffusion des procédures d'élaboration auprès des professionnels de santé libéraux du territoire PAERPA. 5. Assurer la communication autour du PPS. 6. Assurer un suivi régulier de la mise en œuvre.
Identification des acteurs à mobiliser	CTA, Professionnels de santé, Professionnels médico-sociaux et sociaux, Etablissements et services de santé.
Moyens nécessaires	<p>— Financement : à terme 20% des personnes âgées de 75 ans et plus devraient bénéficier d'un PPS ; soit 17 200 PA hors résidents EHPAD.</p> <p style="text-align: center;">Cadre expérimental : 7000 PPS répartis sur les 3 années</p> <p>— FIR PAERPA Etage 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Coût annuel : 150 000€ en 2015 et 2016 ○ 2017 : 200 000€ ○ Montant total : 500 000€
Calendrier prévisionnel	Année 2015 à 2017
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> — Nombre de PPS signés. — Nombre de personnes âgées bénéficiant d'un PPS. — Part des PPS transmis à la CTA. — Proportion des PPS prolongés ou renouvelés, un an après leur ouverture. — Nombre de professionnels libéraux impliqués dans l'élaboration des PPS. — Nombre de CCP organisées. — Taille et composition des CCP.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Procédures à mettre en place entre la CPAM, la MSA et le RSI, la CTA et les professionnels de santé.</p> <p>Veiller à la mise en place du SI.</p>

Objectif général à atteindre :

Eviter les hospitalisations inutiles et les passages aux urgences en organisant une astreinte des soins infirmiers libéraux de nuit

Référent (personne ou institution) : URPS IDE

Axe stratégique 4	Eviter les hospitalisations inadéquates et les passages aux urgences.
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Actuellement, il n'existe pas de service identifiable de garde pour les infirmières libérales. - Chaque cabinet assure la permanence des soins 24h /24h et 7J/7 des patients qu'il suit. - En pratique, d'après les médecins libéraux et les régulateurs du SAMU, il est difficile de joindre un cabinet infirmier la nuit. Selon eux, ce manque de réponse entraîne souvent des passages aux urgences non nécessaires. - Or, ceux-ci ont de nombreuses répercussions : <ul style="list-style-type: none"> organisationnelles : engorgement des services d'urgences, humaines : rupture du parcours de soins, angoisse, fatigue, financières : coût du transport, de l'hospitalisation.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<p>Ce projet a pour vocation d'organiser une Permanence Des Soins des IDELS de 20 h à 8h du lundi au dimanche au sein de la zone d'expérimentation PAERPA (Bordeaux <i>intra-muros</i>) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – répondre aux besoins de la population au plus près de son domicile, – éviter les hospitalisations inutiles et ainsi décharger les services des urgences, – faire des économies. <p>Cette action sera développée sur 12 mois à titre expérimental.</p>
Description de l'action	<p>La population cible : les personnes de 75 ans et plus résidentes sur le territoire de Bordeaux ayant besoin de soins à domicile en urgences.</p> <p>La population cible vivant à domicile (hors structures d'hébergement) s'élève à environ 17 472 personnes.</p> <p>Ces astreintes de nuit seront effectuées par des infirmiers libéraux volontaires.</p> <p><u>Ce service d'astreinte sera organisé par l'URPS Infirmiers Libéraux d'Aquitaine:</u> Celui-ci établira la liste de garde des infirmiers ainsi que leurs contrats.</p> <p>Au démarrage du projet : une infirmière sera d'astreinte.</p> <p>L'évaluation sera réalisée à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an.</p> <p><u>La coordination des appels, des interventions et du relais</u> sera faite par le Centre 15.</p> <p>Chaque intervention sera initiée et coordonnée à la demande d'un médecin du SAMU, selon des protocoles qui restent à établir.</p> <p>Après le soin, l'infirmière rend compte de la fin de cette intervention auprès du Centre 15 qui en informe à son tour le prescripteur et prépare le relai avec l'équipe traitante.</p> <p>Un groupe de travail sera mis en place avec le SAMU – Centre 15 afin d'organiser ces astreintes ainsi que les modalités de fonctionnement et d'échanges d'information.</p> <p>Dans un souci de bonne coordination, le partage de données se fera de façon sécurisée entre les différents acteurs de l'expérimentation, par téléphone et /ou par mail.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Pour la bonne mise en œuvre de ce projet, de multiples acteurs sont à mobiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'URPS Infirmiers Libéraux d'Aquitaine, – les infirmières libérales volontaires, – l'URPS Médecins Libéraux d'Aquitaine / SOS Médecins, – le SAMU, – l'URPS Pharmaciens Aquitaine, – l'ARS, – les Caisses d'Assurance maladie,

<p>Moyens nécessaires</p>	<p><u>Moyens humains</u> Secrétariat de l'URPS Infirmiers Libéraux d'Aquitaine. L'organisme centralisateur et coordinateur des appels (Centre 15). Infirmières libérales volontaires et autres professionnels de santé. Comités de pilotage et d'évaluation.</p> <p><u>Moyens matériels</u> Application de géo localisation et d'appel d'urgence pour smart phones Organisation du projet et du secrétariat.</p> <p><u>Financements:</u> URPS Infirmiers Libéraux d'Aquitaine : organisation des tableaux d'astreintes.</p> <p>FIR PAERPA Etage 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une indemnité forfaitaire d'astreinte d'un montant de 150 € - Montant annuel : Démarrage 2^{ème} semestre 2015 – FIN 1^{ER} semestre 2016 - soit 150€ X1 IDEL X 365 nuits = 54 750 € <p>Montant Total : 54 750€</p>
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>Formalisation du projet, procédures à mettre en place, SI : dernier trimestre 2014/1^{er} trimestre 2015 Démarrage de l'action : 2nd semestre 2015 Fin de l'action pour évaluation : fin 1^{er} semestre 2016</p>
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p>Création d'un Comité de pilotage et_Création d'un Comité d'évaluation. Le comité de pilotage comprendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • trois représentants de l'URPS Infirmiers Libéraux Aquitaine. • un représentant de l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine. • un représentant du SAMU. • un représentant de l'ARS. • un représentant des organismes d'assurance maladie. <p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de professionnels libéraux mobilisables et mobilisés, - le nombre d'appels total, - le nombre d'appels pour des interventions auprès de personnes de plus de 75 ans, résidentes à Bordeaux. - les délais d'intervention, <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - la satisfaction du patient (de façon immédiate ou différée), - le taux approximatif d'hospitalisations évitées, - le nombre d'impossibilités de soins par manque de matériel, - le nombre d'hospitalisation immédiate du à la complexité du cas.
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne coordination entre professionnels de santé, - Bonne et rapide transmission des informations, - Passages de relais efficaces.

Objectif général à atteindre :

Diminuer les hospitalisations et les passages aux urgences des personnes âgées résidentes en EHPAD ou à domicile sur le Territoire de Bordeaux – IDE nuit -

Référent (personne ou institution) : ARS/EHPAD

Axe stratégique 4

- Eviter les hospitalisations inutiles, et les passages aux urgences

Objectif opérationnel (ou spécifique)

Qualifier et sécuriser les soins en EHPAD de nuit.
 Limiter les hospitalisations de nuit en urgences des personnes âgées résidentes en EHPAD.
 Diminuer les séjours hospitaliers en appliquant les prescriptions anticipées (fin de vie, douleurs, actes techniques).
 Diminuer la durée des séjours hospitaliers en assurant à la personne âgée un suivi infirmier.
 Faciliter le retour en institution ou à domicile lorsque l'hospitalisation a été inévitable.
 Eviter l'hospitalisation d'une personne âgée à la suite d'un passage aux urgences.

Description de l'action

Le territoire de Bordeaux dispose d'une offre d'hébergement de 2063 lits répartis sur 24 EHPAD et 2 EHPA et de 15 logements foyers totalisant 762 places.

Les résidents en structures d'hébergement sur la ville de Bordeaux représentent 14,71% de la population de 75 ans ou plus de Bordeaux.

L'analyse de l'activité démontre des taux d'occupation proches de 100% (98,11% en moyenne sur l'année 2012).

Malgré une offre conséquente sur Bordeaux, l'analyse de flux concernant les bordelais, montre que plus de 3 bordelais sur 4 quittent la ville pour entrer en EHPAD, la plupart du temps dans le même département. Seuls 7% des bordelais quitte la Gironde mais reste en Aquitaine.

Mise en place de 4 IDE de nuit au sein des 4 EHPAD disposant de 4 chambres d'hébergement relais en urgence sur le territoire de Bordeaux destinées à accueillir des personnes âgées de 75 ans et plus, résidentes à Bordeaux, en sortie d'hospitalisation des services de courts-séjours et en sorties des urgences dans l'attente d'un retour à domicile.

Elles s'adressent aux personnes qui ne requièrent plus une intensité et un suivi des soins médicaux et paramédicaux tels qu'organisés en médecine et chirurgie et qui ne relèvent pas d'une orientation vers un SSR répondant aux caractéristiques suivantes :

- personnes âgées fragilisées (par leur hospitalisation) qui sont seules ou isolées et/ou présentant une limitation ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne rendant nécessaire une aide au retour à domicile;
- personnes âgées fragilisées (par leur hospitalisation) qui présentent une restriction ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne et que l'aidant ne peut accompagner faute de moyens ou de savoir-faire ou parce qu'il est lui-même en difficulté ;
- personnes âgées hospitalisées dont le retour à domicile nécessite l'aménagement du logement.

Chaque EHPAD Relais (disposant d'une IDE et d'une chambre relais) assure pour 5 ou 6 structures de leur secteur une astreinte de nuit (soit environ 400 PA par IDE) afin d'assurer les interventions de nuit nécessitant des actes techniques infirmiers et les accueils de nuit en chambre d'hébergement relais en urgence.

L'infirmière analyse, organise, évalue et dispense les soins infirmiers, soit sur prescription médicale anticipée, soit sur prescription de la permanence des soins –centre 15, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, dans l'EHPAD de rattachement ainsi que dans les structures désignées dans son secteur géographique.

	<p>Accueille la personne âgée entrant de nuit en sortie des services d'urgences.</p> <p>Ce dispositif de nuit est en liaison constante avec la régulation médicale et le Centre 15 qui dispose des N° d'appels des IDE et l'état des disponibilités des chambres d'hébergement relai en urgence (FA n°11).</p> <p>Les 6 services d'urgences, disposent aussi des N° d'appels des IDE, ainsi que les équipes Dom Care (FA N°14 et 15).</p> <p>La CTA, grâce au système d'information à mettre en place et notamment la plateforme Paaco et la messagerie sécurisée, les professionnels de proximité sont informés et ont un accès direct au dossier.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – Structures d'hébergement pour personnes âgées. – Centre 15/Services d'urgences/ES/HAD. – Professionnels de santé libéraux. – SSIAD/SAD. <p>L'ensemble des partenaires ont travaillé à la mise en place de procédures validées, ainsi que les conventions à mettre en place.</p>
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : 4 IDE – gestion nuit de 40 structures, sorties d'hospitalisation court séjour et des services d'accueil des urgences. – Financement : FIR PAERPA Etage 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Montant annuel : 379 600€ ○ Coût total : 1 138 800€
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> – Validation des fiches de procédures/conventions/.. : décembre 2014/janvier 2015. – Réunion des structures d'hébergement des personnes âgées du territoire : réunion partenaires par quartiers : 1^{er} trimestre 2015. – Recrutement IDE : 1^{er} trimestre 2015. – Année 2015 – 2016 et 2017 : fonctionnement en année pleine.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre d'IDE en poste. – Nombre de résidents. – Nombre d'appels la nuit vers le Centre 15, le médecin de garde, SOS médecins par l'IDE d'astreinte. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de résidents ayant fait l'objet d'interventions par l'IDE de nuit. – Nombre d'appels pour activer l'IDE de nuit par les autres structures de son secteur, par motifs. – Nombre d'interventions de l'IDE, suite à ces appels. – Nombre d'actes techniques réalisés par IDE de nuit, classés par type d'intervention. <p>Une évaluation trimestrielle sera réalisée afin d'adapter le projet aux besoins recensés.</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Le système d'information doit permettre les échanges d'informations et les dossiers entre les partenaires par messagerie sécurisée et en mobilité ; – Assurer le recrutement des IDE formés en gériatrie et/ou ayant une expérience ; – Travail en pluridisciplinarité et en liaison avec le personnel médical d'astreinte ; – Communication et coordination des actions pour une continuité des soins entre les équipes des EHPAD et les médecins traitants.

Objectif général à atteindre :

Diminuer les séjours hospitaliers et les passages aux urgences des personnes âgées résidentes en EHPAD ou à domicile sur le Territoire de Bordeaux – Hébergement relais en urgence -

Référent (personne ou institution) : CTA/EHPAD

<p>Axe stratégique 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les hospitalisations inutiles, et les passages aux urgences ; - Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d’hospitalisation ;
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les séjours hospitaliers évitables ; - Diminuer les durées des séjours hospitaliers pour les résidents des EHPAD et des personnes âgées résidentes en domicile privé.
<p>Description de l’action</p>	<p>Mettre en place 4 chambres d’hébergement relais en urgence sur le territoire de Bordeaux destinées à accueillir des personnes âgées de 75 ans et plus, résidentes à Bordeaux, en sortie d’hospitalisation des services de courts-séjours et en sorties des urgences dans l’attente d’un retour à domicile.</p> <p>Elles s’adressent aux personnes qui ne requièrent plus une intensité et un suivi des soins médicaux et paramédicaux tels qu’organisés en médecine et chirurgie et qui ne relèvent pas d’une orientation vers un SSR répondant aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - personnes âgées fragilisées (par leur hospitalisation) qui sont seules ou isolées et/ou présentant une limitation ou une perte de leur capacité d’accomplir les gestes de la vie quotidienne rendant nécessaire une aide au retour à domicile; - personnes âgées fragilisées (par leur hospitalisation) qui présentent une restriction ou une perte de leur capacité d’accomplir les gestes de la vie quotidienne et que l’aidant ne peut accompagner faute de moyens ou de savoir-faire ou parce qu’il est lui-même en difficulté ; - personnes âgées hospitalisées dont le retour à domicile nécessite l’aménagement du logement." <p>Lien avec la fiche action N°10 : IDE nuit en EHPAD</p>
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> – EHPAD – Etablissements de santé (services de courts-séjours et services d’urgences) – Ensemble des professionnels de santé libéraux – HAD, SSIAD et SAD – Conseil Général – Organismes de protection sociale
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Financement : FIR PAERPA Etage 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Montant annuel : 77 380€ ○ Coût Total : 232 140 €
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Validation des fiches de procédures/conventions : décembre 2014/janvier 2015 – Réunion des EHPAD du territoire : réunion partenaires par quartiers : 1^{er} trimestre 2015 – Mise en place action : 1^{er} trimestre 2015

	<ul style="list-style-type: none"> – Fin de l'action : fin 2017
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de chambre mise en place – Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, admises en chambre d'hébergement relais en urgence <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de personnes accueillies dont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Retournées à domicile ; ○ Admises en hébergement permanent ou en hébergement temporaire au sein de l'EHPAD ou une autre structure ; ○ Ré-hospitalisées ; ○ DCD ; – Durée moyenne de séjours [médiane et extrêmes] <p>Une évaluation trimestrielle sera réalisée en lien avec la fiche action N°10 : IDE nuit en EHPAD, afin d'adapter le projet en fonction des besoins.</p>
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Le système d'information doit promouvoir : <ul style="list-style-type: none"> ○ La disponibilité des places en chambre d'hébergement permanent, temporaire et en hébergement relais en urgence auprès des Centre 15 ; services des urgences ; établissements de santé ; CTA ; ○ Des échanges d'informations et des dossiers entre les partenaires par messagerie sécurisée et sur la plateforme Paaco. – L'information et la communication sur cette action devra être réalisée auprès de l'ensemble des partenaires. <p>Ce projet est porté par l'ensemble des partenaires : les procédures et les conventions ont été validées.</p>

Objectif général à atteindre :

DEVELOPPER LA FILIERE GERIATRIQUE EXTRA-HOSPITIERE – UNITE D’EVALUATION GERIATRIQUE PLURI PROFESSIONNELLE DANS LA CITE

Référent (personne ou institution) : *CHU DE BORDEAUX*

<p>Axe Stratégique 4</p>	<p>- Eviter les hospitalisations inadéquates et les passages aux urgences.</p>
<p>Constat du diagnostic</p>	<p>- Le vieillissement et l’augmentation du nombre de personnes âgées en perte d’autonomie et posant des problèmes de maladies chroniques risquent de rendre le parcours de soins complexes dans l’avenir. Face à ces défis épidémiologiques et organisationnels, il apparaît nécessaire de développer un partenariat où l’ensemble des acteurs formels et informels travaillent en réseau au mieux des intérêts du patient.</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Améliorer à la fois la coordination, la continuité, la qualité et l’efficacité des soins sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour les personnes âgées ayant une incapacité modérée/grave et ayant besoin d’une combinaison complexe de soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Création de lien entre les différents intervenants ; – Favoriser le maintien à domicile de la personne ; – Eviter les hospitalisations à répétition et les passages inappropriés au service des urgences.
<p>Description de l’action</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A la demande du médecin traitant et/ou de la CTA. – Mettre en place des actions en amont de la « crise » sous la forme d’actions de prévention primaire et secondaire afin d’éviter la iatrogénie (1^{er} motif d’admission au SAU) et la survenue de syndromes gériatriques tels que la dénutrition, la confusion, les chutes et la dépendance. – Promouvoir le suivi du patient âgé dans la filière de soins gériatriques et optimiser l’orientation des patients. – Développer un travail en pluridisciplinarité afin de permettre une concertation sur les situations particulières ou complexes, mettre en place des protocoles de soins et des dispositifs de formation et de coordonner autour de la personne âgée tous les acteurs médicaux, para médicaux, sociaux, médico-sociaux. – Prendre en charge les appels de la permanence téléphonique destinée aux médecins libéraux. – Personnes âgées ciblées : personnes en risque de « crise », et/ou ne pouvant ou ne voulant pas se déplacer, et/ou n’ayant pas de médecin traitant, et/ou en refus de soins.
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> – CTA – CLIC /MAIA – Organismes de protection sociale notamment dans le cadre des programmes ARDH, Prado – Etablissements de santé – CG – Ensemble des professionnels de santé libéraux – EHPAD – SSIAD

<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : équipe pluri professionnelle (1 gériatre, 0,5 psychiatre, 1 pharmacien, 1 ETP secrétariat, 1 IDE, 0,5 Assistante sociale, et 0,5 psychologue) – Financement ARS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Coût annuel : 328 750€ ○ Coût total : 986 250€
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>1^{er} trimestre 2015 : information, communication, recrutements. Mise en place 1^{er} semestre 2015.</p>
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus évaluées. · Nombre de patients suivis. · Identification des motifs d'appels de l'unité. · Délai d'intervention entre la prise de RV et l'intervention de l'unité. · Nombre d'admission en établissement de santé et DMS (admission aux urgences ; hospitalisation ; Hospitalisation de Jour). · Evaluation de la contribution à la réévaluation pluri professionnelles des traitements (médicaments arrêtés ; suspendus ; modifiés). · Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes et des professionnels de santé du PPS si existant sous la forme d'un questionnaire. · Evaluation de la satisfaction des patients sous la forme d'un questionnaire.
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Bonne communication et information. – Mise en place des SI pour la coordination avec les professionnels de proximité et la CTA.

Objectif général à atteindre :

Accompagner le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants familiaux – EHPAD Hors les Murs –

Référent (personne ou institution) : **COS - EHPAD Villa Pia**

<p>Axe Stratégique 4</p>	<p>- Eviter les hospitalisations inadéquates et les passages aux urgences ;</p>
<p>Constats du diagnostic</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'orientation des personnes âgées (notamment de plus de 75 ans) aux services des urgences hospitalières, par défaut, peut avoir des conséquences très dommageables : <ul style="list-style-type: none"> - pour la personne âgée risquant une décompensation psychologique, - pour les aidants familiaux ayant à faire face à une perte d'autonomie aggravée de la personne aidée vivant à domicile, - pour l'hôpital et la collectivité ayant à mobiliser des ressources pour des besoins parfois plus sociaux que médicaux. - Il existe en France peu de coordinations ou structures intermédiaires compétentes à la fois dans l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et la prise en charge des soins courants et, mobilisables rapidement sur un territoire et ce tout au long de la semaine (de jour comme de nuit). - Cette action a été expérimentée en 2014 afin de mesurer l'efficacité et la sécurisation de cette prise en charge. - Bilan réalisé en Août 2014 : 39 personnes suivies dont : <ul style="list-style-type: none"> o 22 situations d'urgences (56% de la file active) <ul style="list-style-type: none"> ▪ dont 3 cas urgence dont 1 vitale; ▪ 5 cas évités : accueil en chambre relais ▪ 3 cas avec intervention médicale et IDE - maintien à domicile o 11 cas gérés directement dont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ réassurance téléphonique : 4 ▪ intervention à domicile : 3 ▪ accueil chambre urgence : 4 - sur 22 situations d'urgences seules 3 personnes sont parties aux urgences soit 15 passages aux urgences évités (hors réassurance téléphonique).
<p>Objectifs opérationnels (ou spécifiques)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Maintenir à domicile des personnes âgées par la mise en place d'un dispositif « EHPAD dans et hors les murs » pour prévenir les risques de rupture et éviter les hospitalisations inutiles. – Positionner l'EHPAD en Centre de Ressources pour le SAMU, SOS Médecin et les médecins traitants. – Positionner l'EHPAD en Centre de Proximité par la mise en place d'une chambre d'accueil d'urgence.
<p>Description de l'action</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'appuyer sur les services connexes de l'EHPAD pour créer un Centre de Ressources (EHPAD, Accueil séquentiel, Plateforme d'Accompagnement et de Répit partenaire de deux SSIAD et de l'Association France Alzheimer) en vue d'identifier et inclure au projet, avec leur consentement, les personnes en risque de rupture sur le territoire. 2. Compléter le dispositif d'accueil séquentiel de l'établissement (Accueil de Jour de 13 places et Hébergement temporaire de 5 lits) par la mise en place d'une chambre d'accueil d'urgence (au sein de l'unité protégée accueillant des personnes désorientées) pour des durées de 7 jours au plus, renouvelables une seule fois.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Elaborer un dossier personnel informatisé pour faciliter les échanges d'informations entre professionnels. 4. Assurer la présence d'Infirmiers de nuit pour garantir une prise en charge paramédicale 7jours/7 et 24h/24 au sein de l'EHPAD et hors les Murs. 5. Maintenir une connexion permanente jour et nuit entre les domiciles des personnes âgées incluses (objectif : 50 à terme) et l'EHPAD sur la base d'une technologie adaptée (dispositif d'alerte (y compris médaillon de sécurité) et communication par phonie et/ou visiophonie, échange et partage d'informations permettant un suivi par dossier personnel informatisé (DPI) comprenant le dossier de soin et l'accès au DLU sous condition d'accès sécurisés). 6. Développement de relations de partenariat renforcé avec le SAMU, SOS médecins, les médecins traitants, les SSIAD et tous les acteurs du maintien à domicile. 7. Mener des actions de communication à l'attention des acteurs et services hospitaliers (information, formation, identification des personnes à inclure). 8. Définir le cadre d'évaluation permettant d'apprécier la pertinence et l'impact du dispositif.
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> – CTA/ MAIA – SAMU et Centre Hospitalier – SOS Médecins – Médecins traitants – SSIAD – Réseau de soins palliatifs (Estey) – Ensemble des professionnels de santé libéraux – Accueils de jour – Equipe mobile Alzheimer – CLIC – Conseil Général – CPAM
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : <ul style="list-style-type: none"> – Infirmiers de jour et de nuit, – Coordination des acteurs et formation des usagers et acteurs à l'utilisation des outils, – Psychologue. – Moyens matériels : <ul style="list-style-type: none"> – Technologie adaptée à la connexion permanente domicile/EHPAD, – Accès aux réseaux de communication (GSM ou ADSL au domicile). – Financement : FIR PAERPA Etage 3 <ul style="list-style-type: none"> ○ Montant annuel : 139 245€ ○ Coût total : 417 735€
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Création de l'EHPAD – Centre-Ressources (Accueil séquentiel et Plateforme d'accompagnement et de répit) : 2012 -2013. 2. Mise en place de l'accueil d'urgence et recrutement des IDE de nuit : Février 2014. Test EHPAD hors les murs 3. Conduite d'actions de communication envers les professionnels libéraux : 2nd et 3^{ème} trimestres 2014. 4. Signature d'une convention de partenariat avec le Samu 33 et SOS médecins : Mai 2014. 5. Identification de la technologie adaptée : 2015 6. Définition du cadre d'évaluation : Juin 2014 à fin décembre 2014. 7. Déploiement et mise en œuvre des équipements de domicile : 4^{ème} trimestre 2014.

<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Caractérisation des populations accompagnées. – Nombre de personnes âgées vivant à domicile incluses dans le projet. – Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire à l'EHPAD. – Nombre d'aidants accompagnés. – Nombre d'appels reçus à l'EHPAD en provenance du domicile des personnes incluses (J et N) – Nombre de contacts opérés à l'aide de la technologie adaptée (J et N). <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de personnes incluses restées à domicile** et ayant évité une hospitalisation suivant appel ou passage de l'IDE. – Nombre de personnes accueillies en chambre d'accueil d'urgence et ayant évité une hospitalisation. – Nombre de personnes hospitalisées et réorientées vers la chambre d'accueil d'urgence. – Durée moyenne de séjour en chambre d'accueil d'urgence. – Durée moyenne de maintien à domicile des personnes en inclusion. – Durée moyenne de l'Hébergement Temporaire. – Nombre de personnes accueillies en Hébergement Temporaire ou Chambre d'accueil d'urgence retournées à domicile. – Nombre de personnes accueillies en Hébergement Temporaire ou Chambre d'accueil d'urgence admises en Hébergement Permanent. – Nombre d'hospitalisations pertinentes et non pertinentes*. – Nombre de ré-hospitalisations*. – Nombre de décès (suivant les causes, les lieux...). – Approche du coût moyen du suivi des personnes incluses. – Approche du coût moyen de la nuitée en chambre d'accueil d'urgence. <p>*Suivant situation (en urgence le jour, idem la nuit) ** depuis le domicile et/ou l'EHPAD</p>
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Le financement du transport depuis le domicile vers la chambre d'accueil d'urgence à l'EHPAD est en cours de réflexion avec l'ensemble des partenaires. – Information, communication. – Liens étroits avec les professionnels de proximité.

Objectif général à atteindre :

Eviter les hospitalisations, soutenir le couple aidant/aidé, favoriser le maintien à domicile

Référent (personne ou institution) : *Maison de Santé Protestante Fondation BAGATELLE*

<p>Axe Stratégique 4</p>	<p>- Eviter les hospitalisations inadéquates et les passages aux urgences ;</p>
<p>Constat du diagnostic</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déséquilibre du couple aidant/aidé : réhabiliter le couple dans un projet de vie. - Ce projet a été testé à partir du 4 avril 2014, et compte tenu de l'évaluation qualitative et quantitative il est proposé de continuer cette expérimentation pour les 2 équipes : équipe de soutien aidants/aidés (jour) et équipe urgence nuit 5 (FA 15), en élargissant le domaine d'intervention sur les 6 sites d'urgences pour l'équipe urgence nuit. - Equipes de soutien aidants/aidés : au 25 septembre 2014 : 115 situations gérées <ul style="list-style-type: none"> o Bilan Août 2014 : 73 dossiers <ul style="list-style-type: none"> ▪ origine de la demande : 16% services hospitaliers; ▪ Equipe nuit urgences (relais) : 26% ▪ Aidants : 10% / Médecins traitant : 9% / divers : 34% o Sorties du dispositif : Décès : 11,5% ; Hébergement temporaire/EHPAD : 26,9% ; hospitalisations : 7,8% o mises en place d'aides : 23% ; refus de la personne : 7,8% ; réorientation : 11,5% ; ressources suffisantes : 11,5%
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter la rupture du parcours de la personne dépendante avec accompagnement psycho-socio-environnemental en lien avec le médecin référent. - Eviter les hospitalisations et les passages aux urgences. - Continuité de la prise en charge réalisée par l'équipe de nuit (éviter une première nuit aux urgences – organisation du retour à domicile de la PA) sur les 6 services d'urgences du territoire et relais avec les acteurs de proximité.
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Personnalisé de Santé (PPS) adapté avec incorporation de l'aidant. - Outil d'évaluation en deux temps au début et à la fin de la prise en charge par le biais du ZARIT : échelle d'évaluation du degré de sévérité du fardeau de l'aidant (test qui reflète la surcharge de travail ou la pénibilité de l'aide de la personne prenant soin d'un parent). - Evaluation pluridisciplinaire par les TCAPSA (Technicienne Coordinatrice de l'Aide Psycho-sociale aux Aidants), l'Assistante Sociale, la Psychologue, et l'Ergothérapeute. - Information régulière par courrier du suivi de la prise en charge au Médecin traitant, collaborateur privilégié ayant un rôle pivot.
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination territoriale d'appui (CTA) - Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC) - Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA) - Etablissements de santé - Conseil Général - Centre Communal d'Action Sociale - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) - Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe Spécialisé de la maladie d'Alzheimer (ESA) - Equipe urgence nuit Dom Care (EUN) - Associations bénévoles et d'Aide à Domicile - Caisse de retraite - Mutuelles - Ensemble des professionnels de santé libéraux (médecins, kinésithérapeutes, psychologues, IDEL, orthophonistes, podologues...)
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> — Moyens humains : équipe pluri professionnelles — Moyens financiers : FIR PAERPA Etage 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Montant annuel : 200 000€ ○ Coût total : 600 000€
Calendrier prévisionnel	<p>Test du 04/04/2014 au 10/09/2014.</p> <p>Mise en place Janvier 2015</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Origine des demandes - Nombre de personnes suivies - Moyenne d'âge aidant/aidé - Dépendance de l'aidé - Mode de sortie du dispositif - Répartition aidant : lien avec aidé et statut professionnel - Répartition géographique aidant/aidé
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec l'ISPED dans un but de gratification et de quantification des actions et outils pour démontrer la pertinence du projet ; volonté d'évaluer par le Zarit le degré de sévérité de « fardeau » à l'entrée et à la sortie dans le dispositif. - Vérifier la connaissance ou non par les partenaires (pas de doublon mais éventuelle collaboration) de la situation. - Liaison et coordination des partenaires. - Collaboration étroite avec le médecin généraliste. - Echanges réguliers avec les partenaires sur le suivi des situations. - Respect du désir de projet de vie du couple aidant/aidé ou de la personne en lien avec les ressources endogènes et exogènes.

Objectif général à atteindre :

EVITER UNE PREMIERE NUIT AUX URGENCES – PERMETTRE UN RETOUR SECURISE

Référent : **Maison de Santé Protestante Bordeaux Fondation Bagatelle, Equipe urgences nuit**

<p>Axe Stratégique 4</p>	<p>- Eviter les hospitalisations inadéquates et les passages aux urgences ;</p>
<p>Constat du diagnostic</p>	<p>Permettre à la personne âgée de ne pas passer une nuit aux urgences.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce projet a été testé à partir du 4 avril 2014, et compte tenu de l'évaluation qualitative et quantitative il est proposé de continuer cette expérimentation pour les 2 équipes : équipe de soutien aidants/aidés (jour) (FA 14) et équipe urgence nuit, en élargissant le domaine d'intervention sur les 6 sites d'urgences pour l'équipe urgence nuit. - Equipe urgence nuit : 70 situations prises en charge dans les 2 services d'urgences expérimentés au 25 septembre <ul style="list-style-type: none"> o Bilan Août : 37 Dossiers dont 29 maintien à domicile; 5 ré-hospitalisations dont 3 programmées ; 2 entrées en SSR et 1 entrée en EHPAD. o durée du suivi : 2,13 jours. o 1H = délai entre l'alerte de l'équipe et le retour domicile <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour 64% le motif d'entrée aux urgences est la chute ▪ 30% mise en place d'infirmiers libéraux nouveaux (32% des infirmiers déjà en place) ▪ Lien équipe ESAD pour 79,54% ▪ Nombre de ré-hospitalisations 6,9% (4 personnes)
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter pour cette personne une rupture dans son parcours de vie et pouvoir se réadapter dans les plus brefs délais dans son environnement après vision et cadrage médical, puis sécurisation du retour et installation au domicile par l'équipe soignante. - S'assurer que l'environnement est adapté à l'autonomie de la personne afin de réduire les ré-hospitalisations.
<p>Description de l'action</p>	<p><u>Evaluation sur le site des urgences (6 sites sur le territoire)</u> Utilisation d'une grille spécifique. Accord du médecin urgentiste pour retour domicile et accord de la personne. Retour au domicile sécurisé. Soins infirmiers et interventions auxiliaires de vie si besoin. <u>Lien dès le lendemain matin avec le généraliste</u> Recherche de relais soignants et activation des partenaires. Planification de consultations ou bilan neurogériatrique à court terme lorsque nécessaire. Relais à l'équipe de jour de soutien aux aidants à domicile (ESAD) lorsque nécessaire.</p>
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les 6 services d'Urgences du territoire - Etablissements de santé - Ensemble des professionnels de santé libéraux - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - Service de Soins Infirmiers A Domicile - Equipe de Soutien Aux Aidants A Domicile - Services de maintien à domicile

<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : équipe pluridisciplinaire (IDE, AS et AVS) – Moyens financiers : FIR PAERPA Etage 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Montant annuel : 373 000€ ○ Coût total : 1 119 000€
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>Test du 4 avril 2014 au 10 septembre 2014 Démarrage : janvier 2015</p>
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients pris en charge. - Répartition des âges des patients pris en charge. - Nombre de retour à domicile avec relais IDEL, AVS,... - Nombre d'entrées en SSR et en EHPAD.
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<p>Bonne liaison avec les partenaires et notamment le médecin généraliste dès le lendemain. Bien évaluer sur les sites des urgences les potentialités de la personne. Bien s'identifier auprès de la personne sur les sites des urgences et donner l'information nécessaire du déroulé des actions et du contenu de la prise en charge.</p>

Objectif général à atteindre :

Limiter la perte d'autonomie et le recours à l'hospitalisation et faciliter l'accès aux soins

Mise en place de la Télémédecine

Référent (personne ou institution) : ARS/GCS Télé Santé Aquitaine / CHU de Bordeaux

<p>Axe stratégique 4</p>	<p>Développer des systèmes d'information partagés simples – mettre en place des téléconsultations, la télémédecine au sein des EHPAD sur le territoire de Bordeaux</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Faciliter l'accès aux soins pour les personnes âgées, par la diminution du délai d'attente de l'avis d'expert et la réduction des transports. – Favoriser et homogénéiser la formation des soignants de proximité en les associant fortement à ces consultations et en leur transmettant des éléments de bonnes pratiques. – Améliorer la qualité de la prise en charge en continuité « Ville-Hôpital », en limitant les facteurs de risque d'hospitalisations en urgence, en diminuant les durées d'hospitalisation grâce à la multiplication de professionnels formés constituant des relais en ville, en améliorant la qualité et la fréquence du suivi et en concourant à la diffusion de bonnes pratiques de soins. – Mise en place d'une cellule régionale de téléconsultation/télé expertise autour de la personne âgée entre les EHPAD et les structures de second recours. – Mise en place des centres experts (second recours) pour répondre aux 5 premières thématiques prioritaires. – Equipement des centres experts et des EHPAD d'un dispositif compatible avec la plateforme TELEA.
<p>Description de l'action</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place une cellule régionale de coordination dont l'objectif est de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ animer le réseau, organiser et évaluer l'activité, ▪ orienter les demandes des requérants. <p>Composition : un gériatre (0.5 ETP) et une secrétaire (1 ETP).</p> 2. Mettre en place des centres experts: <ul style="list-style-type: none"> ▪ lancer des groupes de travail réunissant des experts sur les 5 thématiques (Plaies vasculaires, Escarres, Soins palliatifs et décision éthique, Démence, Troubles psychiatriques) pour identifier des centres experts, ▪ travailler sur un modèle médico-économique en l'absence de tarification. 3. Equiper les centres experts et les EHPAD volontaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditer les structures, identifier les travaux et matériels nécessaires, installer, tester. <p>22 EHPAD sur les 55 du projet sont dans le territoire PAERPA (40%)</p>
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ARS – GCS TSA – Structures impliquées (requérant – EHPAD-, second recours – ES Publics, ESPICS à ce jour)
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens <p>Humains : Financement proratas de la cellule régionale (en l'absence de tarification des actes) composée de 0,5 ETP de gériatre et 1 secrétaire pour la Région (soit 55 structures dont 22 EHPAD au titre du PAERPA). Les consultations ne sont pas rémunérées.</p> <p>Technique (déjà pris en charge par l'ARS) : Plateforme TELEA + Equipement Centres experts et EHPAD + Cellule régionale</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – Financement : FIR PAERPA Etage 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Montant annuel : 17 588€ ○ Coût total : 52 764€
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> – Mise en place de la cellule régionale : Septembre 2014 – Mise en place des centres experts : de septembre 2014 à fin septembre 2015 – Equipement des structures : de septembre 2014 à fin septembre 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de réunions du groupe de travail sur le modèle médico-économique – Nombre d'audits réalisés – Nombre d'installations réalisées <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Cellule régionale effective : OUI/NON – Nombre de structures requérantes – Nombre de centres experts – Nombre d'actes de télémédecine réalisés – Nombre de patients pris en charge – Délais moyen d'obtention de RdV
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Frein : Absence de tarification des actes de télémédecine – Levier :

Objectif général à atteindre :

Mobiliser les établissements de santé sur le parcours de santé des personnes âgées tant en interne qu'en externe

Référent (personne ou institution) : *Etablissements de santé*

Axe Stratégique 5	Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjours hospitaliers à réduire, - Eviter les hospitalisations inadéquates, et les ré hospitalisations - Eviter les passages aux urgences
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les établissements de santé sur le parcours de santé des PA tant en interne qu'en externe
Description de l'action	<p>Mobilisation de la communauté hospitalière autour de la prise en charge des personnes âgées par une gouvernance adaptée. Repérer et évaluer les besoins des personnes âgées. Mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique et en assurer le suivi et l'évaluation. Favoriser la coordination ville-hôpital. Engagement à préparer la sortie des personnes âgées en amont et à organiser les relations avec les partenaires du parcours permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions. S'organiser pour permettre aux EHPAD et à la ville de bénéficier de leur expertise.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - CTA - SSIAD - EHPAD - SAD - Les URPS - Ensemble de la communauté hospitalière
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> — Moyens : organisation interne des établissements de santé
Calendrier prévisionnel	Début de l'action : Année 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs nationaux sur les séjours hospitaliers
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Leviers : les établissements de santé sont déjà intégrés dans les autres projets PAERPA. Groupe de travail en cours</p>

Mobiliser l'ensemble des acteurs institutionnels, professionnels de ville, d'établissement de santé et médico-sociaux et les usagers/proches sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et les problèmes d'observance chez la personne âgée (PA) en risque de perte d'autonomie

Référent (personne ou institution) : ARS - OMEDIT

Axe stratégique 6	- Diffuser et accompagner des recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie.
Constat du diagnostic	- Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée cloisonnée, dans un contexte accentué de poly pathologie et poly médication. - Risque médicamenteux accentué chez la personne âgée, lié à ses caractéristiques physiologiques et psycho cognitives.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Sensibiliser à la sécurité du médicament et à l'observance les professionnels et les usagers de l'expérimentation PAERPA.
Description de l'action	- Réaliser une journée d'information et de sensibilisation à la prise en charge médicamenteuse et aux risques de iatrogénie chez la personne âgée. - Mettre à disposition les outils développés par les OMEDIT. - Sensibiliser et contribuer au repérage de l'inobservance en promouvant les interventions favorisant l'observance. - Former les aidants proches et familiaux à leur rôle/limites dans la prise en charge médicamenteuse des PA.
Identification des acteurs à mobiliser	- Assurance Maladie - Conseil général de la Gironde - URPS - CISSA - CCAS/CLIC - MAIA - SSIAD - SSAD - Université de Bordeaux - UFMCS
Moyens nécessaires	- Moyens humains : pharmaciens, médecins, IDE, aidants, usagers - Financement OMEDIT
Calendrier prévisionnel	- Réalisation d'une journée d'information et de sensibilisation au médicament chez la personne âgée : 1 ^{er} trimestre 2015 - Mise à disposition des outils OMEDIT : 1 ^{er} semestre 2015 - Formation aidants proches et familiaux : 1 ^{er} semestre 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Indicateurs de mise en œuvre - Nombre de participants et évaluation de la journée d'information et de sensibilisation - Nombre d'outils OMEDIT mis à disposition et moyen de diffusion (<i>cible = diffusion à 100% des professionnels et usagers concernés</i>) - Nombre d'aidants proches et familiaux formés/Nombre d'aidants ciblés (<i>cible = 100% des invités</i>) Indicateurs de résultat (impact) - Part des PA ayant bénéficié d'une intervention favorisant l'observance (ETP PAERPA ciblée sur le médicament, pilulier, ...)

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Mobilisation de l'ensemble des acteurs sur le repérage de la non-observance Respect des périmètres réglementaires des métiers
--	--

Fiche Action N° 19

Améliorer la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soin de la personne âgée aux points de transition : conciliation médicamenteuse

Référent (personne ou institution) : OMEDIT – CHU de Bordeaux – CHS C. Perrens

Axe stratégique 6	Diffuser et accompagner des recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie.
Constat du diagnostic	<p>¾ d'erreurs médicamenteuses par insuffisance de la connaissance exhaustive des traitements habituels aux points de transition (entrée/sortie/transfert intra et inter-établissement) pouvant conduire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à une omission majeure de traitements lors de l'admission des patients, - à une prise en charge médicamenteuse inadaptée de la personne âgée en perte d'autonomie ou à un diagnostic erroné. <p>La conciliation des traitements médicamenteux est un processus interactif et pluri-professionnel qui permet d'améliorer la prise en charge médicamenteuse d'un patient lors de son entrée et de sa sortie par un meilleur échange d'information qui passe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par la recherche active d'information sur les traitements des patients, - la formalisation d'une liste exhaustive et complète des médicaments, - la comparaison de la liste avec la prescription hospitalière à l'admission, - la caractérisation des divergences non intentionnelles observées et la collaboration médico-pharmaceutique pour la nouvelle prescription optimisée. <p>Elle garantit la continuité des soins en prenant en compte les traitements en cours et habituellement pris par le patient lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes des traitements du patient entre professionnels de santé tout au long de son parcours de soin.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<p>Former les professionnels de santé à la conciliation médicamenteuse de manière pluri-professionnelle (valorisation en DPC). Opportunité de la conciliation médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour repérer des hospitalisations évitables liées à un problème d'iatrogénie médicamenteuse (ex causes des chutes, omission, surdosage, durée dépassée...). - Pour repérer les difficultés du patient dans la compréhension de ses traitements, ses difficultés par rapport à la prise (entretien Patient) - Pour réévaluer les traitements (baisse du nombre de lignes de prescriptions) et (médicaments inappropriés). - Pour garantir une bonne compréhension des traitements à la sortie (changements, arrêts définitifs, relais à faire, médicaments essentiels, nécessité de les prendre de suite..) et le partage des informations s/c médecin traitant.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Former à la définition de la conciliation (confusion entre traitements personnels, traitements habituels avec ou sans conciliation). 2. Former à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en mettant à disposition les outils nationaux et régionaux élaborés avec l'expertise de l'expérimentation internationale Med'Rec/OMEDIT Aquitaine / Intégration dans la LETTRE DE LIAISON (lien avec PPS pilotage URPS médecins) et lien avec organisation globale de la sortie (pilotage CHU).

	3. Systématiser la conciliation médicamenteuse dans un ou plusieurs secteurs PAERPA.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – Pôle de gérontologie clinique – CHU de Bordeaux – CHU de Bordeaux – CHS C. Perrens – URPS ML – URPS pharmaciens – URPS IDE – Université de Bordeaux – UFMCS – HIA Robert Picqué – Assurance Maladie – CISSA
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : pharmaciens, médecins – Financement OMEDIT
Calendrier prévisionnel	Formation et mise à disposition d'outils : 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de professionnels formés/Nombre de professionnels ciblés (<i>cible = 100% des invités</i>) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Part des PA sur le territoire PAERPA ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée et en sortie – Comparaison avec secteur hors PAERPA
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Soutien institutionnel des directions des établissements concernés – Ressources – Intégration de la démarche de conciliation dans la lettre de liaison réglementaire

Renforcer les actions de bon usage et de pertinence de prescriptions chez les personnes âgées (focus psychiatrie)

Référent (personne ou institution) : OMEDIT – Pr Rainfray – Equipe mobile de gériatrie pluri professionnelle dans la cité - CRPV

<p>Axe stratégique 6</p>	<p>Diffuser et accompagner des recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie.</p>
<p>Constat du diagnostic</p>	<p>24% des personnes âgées (PA) de 75 ans et plus ont pris fréquemment plus de 10 médicaments en 2012 sur le territoire PAERPA, avec notamment le constat d’une consommation importante de psychotropes. Selon une étude régionale menée par l’OMEDIT Aquitaine chez les résidents en EHPAD, 20 % des résidents ont une prescription comportant 3 psychotropes ou plus et 25% des malades Alzheimer ont une prescription d’au moins un neuroleptique avec, dans certains cas, des associations de plusieurs neuroleptiques. Plus de la moitié des résidents ont un moins un médicament inapproprié chez la PA.</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Sensibiliser les professionnels de santé et usagers au bon usage du médicament/pertinence des prescriptions chez la personne âgée et à la réévaluation des traitements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poly médication - iatrogénie et relation quasi linéaire avec le nombre de médicaments – Toxicité dose dépendante. - Modifications physiologiques. - Facteurs intrinsèques liés aux médicaments : galénique, interactions. - Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques...
<p>Description de l’action</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Réaliser une plaquette de communication de recommandations pour l’optimisation de la prise en charge médicamenteuse des PA à l’attention des professionnels et des usagers. – Mettre en œuvre des formations DPC sur la pertinence des prescriptions chez la personne âgée (notamment avec une approche ciblée sur les médicaments en psychiatrie et le vieillissement) et sur les approches non pharmacologiques, incluant des modules de e-learning (ciblage : Psychotropes, antidépresseurs, hypnotiques Alzheimer – benzodiazépines). – Développer et accompagner la méthodologie de la réévaluation pluri professionnelle des traitements de la PA sous l’égide du médecin traitant dans le cadre du PPS : identification par le médecin traitant des patients nécessitant une réévaluation médico-pharmaceutique des traitements, avec appel à l’expertise de l’équipe mobile de gériatrie dans la cité. – Diffuser des recommandations sur la prévention des chutes d’origine médicamenteuse et de l’impact des médicaments sur la perte d’autonomie. – Promouvoir la déclaration des effets indésirables médicamenteux dans le parcours de soins de la PA dans le cadre de la pharmacovigilance.
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pr Rainfray/Equipe mobile de gériatrie dans la cité – OMEDIT – Conseil Général Gironde – Assurance Maladie-DAM – URPS ML, pharmaciens et IDE – Ordres

	<ul style="list-style-type: none"> – CISSA – Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) – Université de Bordeaux
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : médecins, pharmaciens
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboration outil de recommandations pour la prise en charge médicamenteuse des PA : 1^{er} trimestre 2015 2. Mise en œuvre des formations pertinence des prescriptions : à/p 1^{er} trimestre 2015 3. Réévaluation pluri professionnelle des traitements : cf. calendrier PPS
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre d'outils de recommandations pour la prise en charge médicamenteuse des PA mis à disposition et moyen de diffusion (<i>cible = diffusion à 100% des professionnels/usagers concernés</i>). – Nombre de professionnels de santé formés/Nombre de professionnels ciblés (<i>cible = 100% des professionnels ciblés</i>). <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réévaluations effectuées/Nombre de PA en perte d'autonomie identifiées dans le PPS. - Nombre de déclarations d'effets indésirables au CRPV. - Nombre de PA repérées en perte d'autonomie avec plus de 3 psychotropes / Nombre de PA repérées en perte d'autonomie. - Nombre de PA repérées en perte d'autonomie avec benzodiazépines à ½ vie longue / Nombre de PA repérées en perte d'autonomie.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Réévaluation des traitements : financement nécessaire pour mobiliser les médecins traitants et pharmaciens habituels des patients (+ temps de l'équipe mobile dans la cité).</p> <p>Formations pertinence des prescriptions : horaires décalés pour les médecins.</p> <p>Promotion de la déclaration des effets indésirables : articulation avec RREVA – plateforme unique de déclaration.</p>

Accompagner la mise en place à titre pédagogique de retours d'expérience (REX) autour d'un incident ou événement médicamenteux dans le parcours de la PA en perte d'autonomie

Référent (personne ou institution) : OMEDIT – Equipe mobile de gériatrie pluri professionnelle dans la cité

Axe Stratégique 6	Diffuser et accompagner les recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie.
Constat du diagnostic	<p>Une insuffisance de culture de sécurité médicamenteuse, d'enseignements pédagogiques partagés autour des événements indésirables médicamenteux dans une démarche d'amélioration continue dans le parcours.</p> <p>Opportunité des retours d'expérience (REX) pour prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée en perte d'autonomie via des retours d'expérience et l'analyse pluri professionnelle d'événement médicamenteux évitables.</p> <p>Culture de la déclaration à des fins pédagogiques à développer.</p> <p>Défaut de mise en œuvre des techniques de simulation en santé pour la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Accompagner la mise en place de retours d'expérience (REX) pluri professionnels partagés d'évènements médicamenteux dans le parcours de soins des PA en perte d'autonomie (identification des facteurs contributifs et influents en vue d'améliorer de manière pertinente et durable la dynamique pluri-professionnelle de prise en charge médicamenteuse de la personne âgée).
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir la déclaration des événements indésirables liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux, avec rétro-information systématique des déclarants. 2. Former à la méthodologie pédagogique de retour d'expérience d'évènement médicamenteux et collecter les événements/incidents dans la prise en charge médicamenteuse de la PA en risque de perte d'autonomie : « apprendre par l'erreur ». 3. Mettre en œuvre des retours d'expérience (REX) autour d'incidents ou d'événements médicamenteux précurseurs ou avérés en vue d'identifier les actions d'amélioration les plus pertinentes, faisables et validées consensuellement par les acteurs contribuant à la prévention. <p>Notamment REX sur les ré-hospitalisations à moins de 30 jours d'origine médicamenteuse et sur les hospitalisations pouvant être d'origine médicamenteuse.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – Conseil Général Gironde – URPS ML, Pharmaciens, IDE – Ordres – Université de Bordeaux - UMFCS
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : pharmaciens, médecins, IDE – Financement OMEDIT
Calendrier prévisionnel	<p>Formation et mise à disposition d'outils : 2015.</p> <p>Mise en œuvre des retours d'expérience autour d'évènements médicamenteux avec actions d'amélioration pendant la durée de l'expérimentation.</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de professionnels formés/Nombre de professionnels ciblés (cible secteur PAERPA= 100%) – Nombre de retours d'expérience dans le secteur PAERPA <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre et type d'améliorations mises en œuvre.

	– Absence de renouvellement de ce type d’incident ou événement évitable
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Articulation avec RREVA - plateforme unique de déclaration. Contribution des usagers et tout acteur intervenant dans la prise en charge médicamenteuse dont aidants.

Fiche Action N° 22

Etude pour connaître les pratiques de prescription de médicaments chez la PA dans le parcours de soins, dans le cadre de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et des hospitalisations évitables (focus médicaments en psychiatrie et vieillissement)

Référent (personne ou institution) : OMEDIT – CPAM de la Gironde – CHU de Bordeaux (Pr Rainfray) – CHS C. Perrens

Axe stratégique 6	Diffuser et accompagner les recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie
Constat du diagnostic	24% des personnes âgées de 75 ans et plus ont pris fréquemment plus de 10 médicaments en 2012 sur le territoire PAERPA (source : CNAMTS) (vs 23,5% France). Les constats détaillés de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée disponibles à ce jour sont parcellaires surtout pour les établissements avec PUI (données de remboursement, études sur un échantillon d’EHPAD) et concernent souvent un seul secteur de prise en charge. Insuffisance de la recherche relative à la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé Peu de connaissance de la spécificité de la prise en charge médicamenteuse de la PA par l’ensemble des professionnels. Travaux souvent vécus comme des surcroits de travail, sur des équipes déjà sollicitées
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Connaître, analyser et suivre l’évolution du détail des prescriptions complètes de médicaments chez la personne âgée dans le parcours de soins, en vue de prévenir la iatrogénie médicamenteuse et des hospitalisations évitables, avec un focus sur les médicaments en psychiatrie utilisés chez la personne âgée (psychotropes) et autres médicaments type AVK, anti-thrombotiques, diurétiques et hypoglycémifiants. Etude comparative avant et après expérimentation PAERPA
Description de l’action	Réaliser une étude à jour donné, sur la iatrogénie de la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée, sur le territoire PAERPA, dans le parcours de soins (établissements de santé, ville, EHPAD), avec définition d’indicateurs, à intervalles réguliers. <i>Etude comparative (groupe PAERPA vs groupe hors PAERPA) prescriptions médicamenteuses réalisées dans le parcours de soins (établissements de santé, ville, EHPAD)</i>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> – ARS – CG de la Gironde – CPAM 33 – Ville de Bordeaux – ISPED – URPS Médecins Libéraux, pharmaciens et IDE – CHU – Pr Rainfray – CH Charles Perrens – Etablissements de santé (autre territoire de santé PAERPA) – EHPAD

<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : pharmaciens, médecins – Lien avec la FA 2
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et validation de la méthodologie : 1^{er} trimestre 2015 avant – après expérimentation - Recueil et saisie des données 2015 : 1^{er} semestre 2015 - Analyse des données et restitution des résultats 2015 : 2^{ème} semestre 2015 - Recueil et saisie des données 2016 : 1^{er} semestre 2016 - 2017 - Analyse des données et restitution des résultats 2017
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une étude réalisée un jour donné au premier semestre 2015 - Nombre de prescriptions recueillies/nombre de prescriptions attendues - Nombre de prescriptions analysées/nombre de prescriptions recueillies <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>En cours de définition - Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de lignes de prescription - Nombre et type de psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques) - Présence d'une benzodiazépine à ½ vie longue - Présence d'une association de deux benzodiazépines - Association de deux AINS ou plus - Si AVK et ACOAD, carnet de suivi présenté par le patient, INR récemment calculé...
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<p>Lien avec bases de données en santé.</p> <p>Mode de récupération et de traitement des informations.</p> <p>Le regroupement géographique des patients grâce au secteur PAERPA facilitera le recueil des données, notamment par rapport au sujet vivant à domicile.</p> <p>Engagement et implication des professionnels nécessaire.</p>

Mobiliser l'expertise pharmaceutique et la collaboration pharmaceutique

Référent (personne ou institution) : URPS Pharmaciens – OMEDIT – Equipe mobile de gériatrie pluri professionnelle dans la cité (cf. Fiche action 12)

<p>Axe stratégique 6</p>	<p>Diffuser et accompagner les recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie.</p>
<p>Constat du diagnostic</p>	<p>Les pharmaciens d'officine sont des professionnels de proximité dont la compétence pharmaceutique est contributive à l'optimisation des traitements médicamenteux et à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. Ils s'inscrivent dans une démarche collaborative visant à mieux identifier les personnes âgées en risque de perte d'autonomie, à améliorer leur prise en charge médicamenteuse et à maintenir leur sécurité des traitements à domicile, lors des sorties d'hospitalisations ou le cas échéant lors de leur entrée en EHPAD.</p> <p>Il paraît aussi important d'associer l'intervention d'un pharmacien aux actions de l'équipe mobile de gériatrie dans la cité dans la gestion de cas complexes et pour notamment recueillir et analyser les événements indésirables ou les prescriptions inappropriées et de réaliser la conciliation médicamenteuse.</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>S'appuyer sur l'expertise pharmaceutique et sur la proximité des pharmaciens habituels des personnes âgées en perte d'autonomie pour optimiser et sécuriser les traitements.</p>
<p>Description de l'action</p>	<p>1. Renforcer et mobiliser l'expertise pharmaceutique en termes de valeur ajoutée sollicitée dans le cadre du PPS par le médecin traitant, et sur appel de la CTA Contribution notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au repérage des patients à risque de perte d'autonomie, - à l'utilisation partagée des nouvelles technologies applicables à la prise en charge médicamenteuse (DP/messagerie sécurisée/Plateforme d'échange ARS/TSA), - à l'évaluation globale à domicile, - à la prévention et repérage de l'inobservance, - à la réponse à la disponibilité des médicaments, - au portage, - à l'analyse pharmaceutique, - à la réévaluation des traitements sur demande du PPS, - aux retours d'expérience partagés sur la prise en charge médicamenteuse, - aux conseils et informations liés aux médicaments, - aux besoins d'expertise pharmaceutique : avis pharmacologique, compétences galéniques, pharmacovigilance, articulation avec l'expertise psychiatrique, - à l'appel à l'ETP pluri professionnelle et entretiens pharmaceutiques, - aux démarches collaboratives médecins – pharmaciens – IDE et au partage d'informations (médecins – pharmaciens – IDE) à la bonne prise en charge du patient en risque de perte d'autonomie. <p>2. Associer l'expertise pharmaceutique au sein de l'équipe mobile de gériatrie dans la cité en vue d'une collaboration médico-pharmaceutique experte.</p> <p>Liens avec les fiches actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « pharmaciens » URPS • Education thérapeutique du patient • Equipe mobile de gériatrie pluri professionnelle dans la cité

	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'Information.
Identification des acteurs à mobiliser	URPS – Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens Equipe mobile de gériatrie pluri professionnelle dans la cité
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : pharmaciens, médecins, IDE. – Financement pharmacien dans Unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle dans la cité.
Calendrier prévisionnel	Pendant la durée de l'expérimentation.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Mesure des actions d'intervention pharmaceutique en nombre et en approche pluri professionnelle.</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Part des PA ayant bénéficié d'une intervention favorisant l'observance (ETP PAERPA ciblée sur le médicament, pilulier, portage, réévaluation, retours d'expérience, ...). – Nombre d'interventions pharmaceutiques au sein de l'équipe mobile de gériatrie dans la cité.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Différencier les actions rentrant dans les missions habituelles des pharmaciens des nouvelles missions rentrant dans un nouveau mode de rémunération.

Fiche Action N° 24

Valoriser le Dossier Pharmaceutique (DP) et promouvoir les systèmes d'information partagés pour optimiser la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée

Référent (personne ou institution) : OMEDIT – Conseil Régional de L'Ordre des Pharmaciens

<p>Axe stratégique 6</p>	<p>Diffuser et accompagner les recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie</p>
<p>Constat du diagnostic</p>	<p>Malgré un bon niveau de déploiement du dossier pharmaceutique (DP) sur l'ensemble de la région, très mobilisée tant sur la promotion que l'utilisation du DP, des marges d'amélioration subsistent dans l'utilisation du DP par les pharmacies d'officine (100% de connexion mais environ 50% de dossiers patients ouverts actuellement avec une cible à 100% pour les pharmacies d'officine du territoire PAERPA) et par les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) des établissements de santé et des EHPAD (le cas échéant), avec un besoin d'homogénéisation des pratiques au travers notamment d'actions de sensibilisation et de formation.</p> <p>Les usagers sont demandeurs avec leur consentement de l'ouverture et du suivi de leur Dossier Pharmaceutique.</p> <p>Les médecins hospitaliers sont en cours d'expérimentation du DP en gériatrie, aux urgences et en anesthésie réa. 2 établissements de santé du territoire PAERPA (CHU de Bordeaux et CHS Perrens) ont renforcé leur implication en participant à l'expérimentation nationale de la consultation du DP aux médecins gériatres et en se mobilisant sur la conciliation médicamenteuse pour laquelle le DP constitue une source fiable.</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Promouvoir l'utilisation du Dossier Pharmaceutique chez la personne âgée : création, alimentation, consultation – pour optimiser la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée et valoriser dans le territoire PAERPA l'expérimentation du DP par les médecins des établissements de santé l'ayant mis en œuvre (CHU et CHS C. Perrens).</p>

<p>Description de l'action</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir la création, la consultation et l'alimentation du DP chez les personnes âgées par les Pharmaciens d'officine – ciblage Bordeaux ? quartier pilote ?, en lien avec les actions SI (messagerie sécurisée/plateforme régionale interprofessionnelle utilisable pour les échanges d'information relatives à la prise en charge médicamenteuse). 2. Promouvoir l'accès au DP dans les PUI des établissements de santé et des EHPAD du territoire PAERPA (alimentation et consultation). 3. Accompagner l'expérimentation de la consultation du DP par les médecins expérimentateurs dans les 2 établissements de santé du territoire PAERPA (urgence, anesthésie-réanimation et gériatrie). 4. Mettre en place des retours d'expérience ville-hôpital sur l'apport du DP dans l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ARS – TSA – CTA – Assurance maladie – CROP – URPS Pharmaciens – URPS ML
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Moyens humains : pharmaciens, médecins. – Financement : Conseil de l'Ordre des Pharmaciens - OMEDIT.
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>Calendrier en lien avec la durée de l'expérimentation PAERPA et expérimentation DP par les médecins hospitaliers.</p>
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de professionnels formés/Nombre de professionnels ciblés (<i>cible = 100%</i>). – Part des PA disposant d'un Dossier Pharmaceutique ouvert avec consentement. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de dispensations de médicaments chez la PA faisant l'objet d'une alimentation du DP/Nombre total de dispensations de médicaments chez la PA. – Nombre de dispensations de médicaments chez la PA faisant l'objet d'une consultation du DP/Nombre total de dispensations de médicaments chez la PA. – Part de dispensations de médicaments chez la PA pour lesquelles la consultation du DP a provoqué une amélioration de la prise en charge médicamenteuse.
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Articulation avec le DMP – Ouverture du DP aux médecins traitants – Transparence vis-à-vis des usagers

Objectif général à atteindre :

Présentation du système d'information à mettre en place pour le projet PAERPA

Référent (personne ou institution) : ARS

Axe stratégique 7	Développer des systèmes d'information partagés et simples
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Le programme PAERPA vise à optimiser et fluidifier les parcours des personnes âgées de plus de 75 ans en perte d'autonomie. La bonne circulation de l'information entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge, qu'ils soient professionnels de santé en ville, à l'hôpital ou intervenants au domicile de la PA, est un élément clé de cette fluidification.</p> <p>Le cahier des charges PAERPA recense les outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - annuaires ou répertoires opérationnels des ressources pour l'orientation des patients, - messageries sécurisées de santé, - DMP pour l'échange, - un espace de confiance en vue du partage à minima des 4 documents de synthèse dématérialisés (PPS / VSM / DLU / CRH) ; et compatible DP, - ce sont des outils en mobilité ; des outils de télémédecine ; des outils de la CTA, - ils doivent être interopérables avec les systèmes d'information existants des partenaires. <p>L'objectif SI est de proposer aux acteurs de terrains des outils numériques adaptés à leurs pratiques et facilitant leurs coordinations et leurs communications autour du parcours PAERPA.</p>
<p>Diagnostic – Etat de l'existant</p>	<p>Le territoire de la ville de Bordeaux, territoire PAERPA compte à ce jour 2250 acteurs dont 1800 professionnels de santé libéraux, 100 acteurs sociaux (2 personnes par structures), 50 EHPAD (2 personnes par structures) et 300 structures sanitaires (10 personnes/ structure).</p>

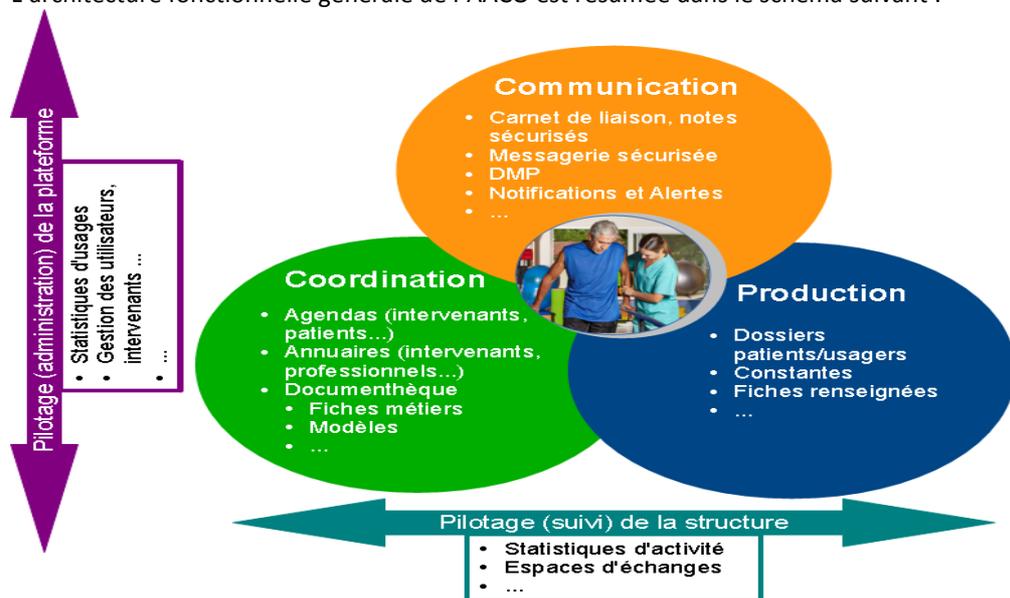
Ne sont pas comptabilisés les partenaires institutionnels qui mobiliseront leurs équipes en tant que coordonateurs et/ ou acteurs dans le parcours de santé de la personne âgée (équipes ARDH, Prado, APA, mutualité, et organismes de retraite complémentaire...).

L'ARS Aquitaine et le Conseil Régional ont cofinancé (2012) l'expérimentation de la mise en place de la Plateforme Aquitaine d'aide à la Communication Santé [PAACO]. Cette plateforme communicante a pour principal objet de faciliter la pratique collaborative entre professionnels de santé et médico-sociaux afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Outre cette plateforme, le GCS Télé Santé Aquitaine a déployé sur le territoire aquitain :

- Le DMP : 65 326 créés, 32 212 alimentés (source ASIP mai 2014) dont 77 établissements de santé et 1 546 professionnels de santé libéraux impliqués. Le CHU de Bordeaux, 1^{er} établissement au niveau national depuis début 2013.
- Une messagerie sécurisée pour la transmission d'informations nominatives patients, entre professionnels de santé (Etablissements et libéraux).

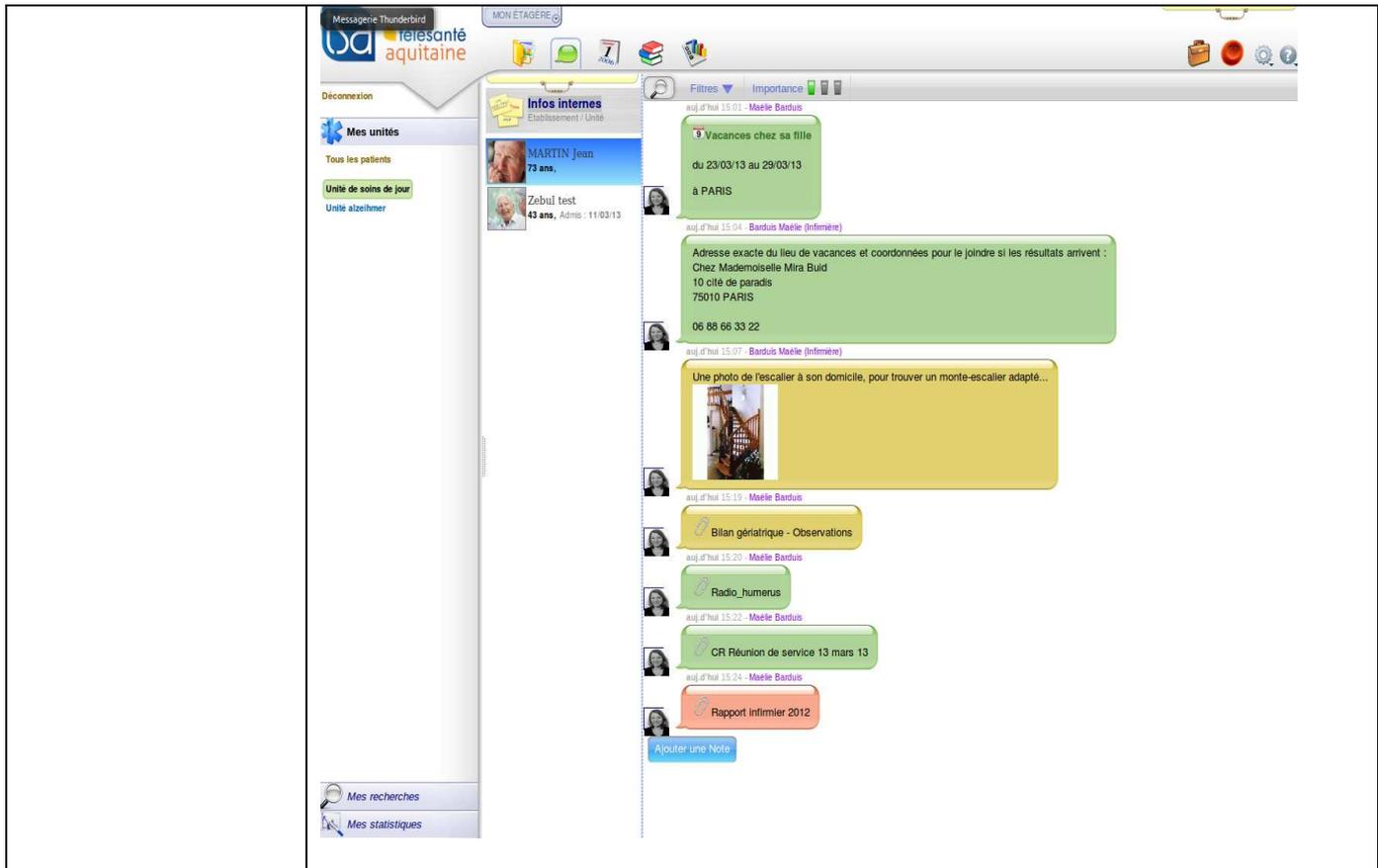
L'architecture fonctionnelle générale de PAACO est résumée dans le schéma suivant :



D'un point de vue technique celle-ci est accessible depuis un poste informatique (client navigateur internet) mais aussi depuis des terminaux mobiles (smart-phones, tablettes,..). Les accès sont sécurisés par des mécanismes d'authentification forte.

Ses principales caractéristiques sont un journal de transmission multimédia (voix, textes, images..), sécurisé et accessible en mobilité, des agendas des intervenants, des patients, la production de fiches métiers, articulé Messagerie sécurisée et DMP compatible.

Journal type :



<p>Description de l'action</p>	<p>Le système d'information (SI) PAERPA sera donc composé de différents éléments/outils. Les professionnels de santé, les structures sanitaires, médico-sociales et sociales, les partenaires institutionnels et notamment les équipes participantes aux suivis et aux prises en charges des personnes âgées sur le territoire de Bordeaux devront pouvoir utiliser ces outils dans les différents cas d'usage relatifs au parcours PAERPA. De plus la coordination territoriale d'appui (CTA) portée par le CCAS de la Ville de Bordeaux et les CCP doivent être au cœur de ce SI.</p> <p>Le SI PAERPA est construit autour des outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Dossier Médical Personnel (DMP), - La Messagerie Sécurisée de Santé : utilisée pour des échanges points à points, asynchrones, entre professionnels (adressage d'un patient, transmission d'un courrier de sortie,...) - Le Dossier pharmaceutique, - La plateforme PAACO. <p>Les actions envisagées :</p> <p><u>Fiche action 16</u> : Déploiement de la télé médecine au sein des EHPAD du territoire (22 EHPAD expérimentateurs)</p> <p><u>Fiche action 25</u> : Adaptation du SI régional existant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser le diagnostic avec les partenaires, et évaluer les besoins, - Recueillir les besoins fonctionnels de la CTA, et les besoins des projets d'actions PAERPA, volets médicaux et sociaux, - Elaboration des PPS, exécution et suivi PPS, - Décliner les 4 documents du CdC [VSM, PPS, DLU, CRH] et leurs utilisations dans la pratique du terrain, - Identifier les outils SI PAERPA, - Elaborer la cartographie de l'organisation adaptée pour chaque typologie d'acteurs « quel(s) outil(s) pour quel(s) usage(s) » dans le parcours de santé PAERPA. <p><u>Fiche action 26</u> : PAACO/MSS ajustements fonctionnels, réalisation, validation et création des</p>
---------------------------------------	---

	<p>supports d'utilisation propres au PAERPA</p> <p><u>Fiche action 27</u> : Déployer le SI de la CTA et des CCP (annuaire, vitrine, ajustement SI)</p> <p><u>Fiche action 28</u> : Déploiement des outils SI – PAACO – MSS et accompagnement des acteurs sur un quartier test du territoire – ajustements et répliquabilité sur les autres quartiers.</p> <p><u>Fiche action 29</u> : Déploiement et accompagnement des acteurs sur le territoire PAERPA – Ville de Bordeaux.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Les professionnels de santé libéraux (PSL) du territoire (1 800 PSL : prévision accompagnement de 30% soit 675 PSL)</p> <p>Les structures médico-sociales et sociales (45 SAD ; 26 EHPAD ; 2 SSIAD)</p> <p>Les établissements de santé (37 ES sur la CUB dont 15 T de Bordeaux ; 2 HAD)</p> <p>Les porteurs des projets d'actions et notamment les équipes à domicile</p> <p>Les acteurs de la CTA</p> <p>Les partenaires institutionnels (CG, CARSAT, CPAM, MSA, RSI)</p>
Moyens nécessaires	Total coût du SI PAERPA : 1 019 173€
Calendrier prévisionnel	<p>T0 : Démarrage des travaux préalables (Diagnostic, évaluation / recueil des besoins des PSL)</p> <p>T0 + 2mois : recueil des besoins fonctionnels</p> <p>T0 + 4mois : Groupes de travail spécification fonctionnelles détaillées de l'outil de gestion PPS et suivi/ Documents cahier des charges PAERPA et grille de repérage de la fragilité</p> <p>T0 + 6mois : paramétrage technique et fonctionnel et déploiement sur CTA et quartier test utilisateurs pilotes et accompagnement.</p> <p>T0 + 8mois : prise en compte du retour d'expérience, ajustements et déploiement généralisé sur le territoire. Date probable de généralisation 2nd semestre 2015.</p> <p>La communication, les formations aux utilisateurs seront effectuées en amont des déploiements. L'accompagnement sera systématique lors de la prise en main des outils et au fur et à mesure à la demande des utilisateurs.</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs cf. fiches actions 25 à 29</u>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Frein : Calendrier serré,</p> <p>Bonnes pratiques : Information, communication, accompagnement/formation des acteurs sont les leviers essentiels à cette mise en œuvre.</p>

Objectif général à atteindre :

Diagnostic des besoins de terrain et identification du système d'information régional PAERPA

Référent (personne ou institution) : ARS/GCS TSA

Axe stratégique 7	Développer des systèmes d'information partagés simples
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<p>Proposer aux acteurs terrains des outils numériques adaptés à leurs pratiques et facilitant leurs coordinations et leurs communications autour du parcours PAERPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyses des besoins métiers et fonctionnels des acteurs de terrain (CTA, CCP). - Consolidation des rôles par type d'acteurs. - Identification des outils E-santé régionaux et nationaux pressentis. - Identification d'une déclinaison du cahier des charges PAERPA (CdC PAERPA) basée sur l'utilisation des 4 documents cibles (PPS, VMS, DLU, CRH) et la mise en place des CTA/CCP dans les pratiques terrains. - Recueil des besoins SI des expérimentations aquitaines du projet PAERPA. - Confrontation avec les outils SI pressentis. - Définition du SI PAERPA cible.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Réaliser le diagnostic. – Recueillir les besoins fonctionnels de la CTA et CCP et les besoins fonctionnels des projets d'actions PAERPA, volets médicaux et sociaux. – Déclinaison des process des 4 documents cibles [VSM, PPS, DLU, CRH] de PAERPA (réalisation, exécution et suivi) dans les organisations de terrain. – Consolider les rôles par type d'acteurs à partir des différents recueils réalisés. – Identifier les outils SI PAERPA nécessaires, disponibles et/ou adaptables, en fonction

	<p>des résultats issus du diagnostic et des besoins recueillis et définir l'architecture SI PAERPA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaborer une cartographie Acteurs/Outils/Usages précisant pour chaque typologie d'acteur « quel(s) outil(s) pour quel(s) usage(s) » dans le cadre du parcours PAERPA. - Définir l'architecture cible du SI PAERPA.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - GCS TSA - Partenaires et représentants des acteurs terrains - Panel d'acteurs terrains - Membres des groupes de travail CTA et expérimentations aquitaines
Moyens nécessaires	Montant total Financement FIR PAERPA Etage 2 : 25 950€
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des outils pressentis : Juin à fin août 2014 - Identification des typologies d'acteurs : Juin à fin novembre 2014 - Recueil des besoins fonctionnels de la CTA/CCP : dernier trimestre 2014 - Élaboration de la cartographie Acteurs/Outils/Usages avec déclinaison des 4 documents cibles dans les pratiques : Octobre 2014 à fin janvier 2015 - Recueil des besoins fonctionnels des expérimentations : 2nd semestre 2014 - Définition de l'architecture cible SI PAERPA : janvier - février 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances de travail réalisées - Nombre de participants (représentants, partenaires, acteurs de terrain) - Nombre de recueils réalisés (entretiens collectif/individuel) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Document de synthèse du recueil des besoins - Livraison de la cartographie - Schéma de l'architecture SI PAERPA
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Frein : Calendrier serré ; disponibilité des acteurs - Levier : sensibilisation et préparation des acteurs à la démarche ; panel d'acteurs représentatifs en termes de type d'activité

Objectif général à atteindre :

SI PAERPA opérationnel / Ajustements fonctionnels des outils PAACO - MSS

Référent (personne ou institution) : ARS/GCS TSA

Axe stratégique 7	Développer des systèmes d'information partagés simples
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des ajustements fonctionnels des outils préalablement identifiés. - Réalisation des ajustements fonctionnels. - Validation des modifications réalisées. - Création des supports pédagogiques et fonctionnels des outils.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Déterminer les ajustements fonctionnels nécessaires des outils cibles pour la mise en œuvre du parcours PAERPA. – Réaliser les développements correspondants et créer les supports d'utilisation. – Faire valider les outils et leurs fonctionnalités par un panel d'acteurs terrains ainsi que les supports d'aide à l'utilisation correspondants.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - GCS TSA - Panel d'acteurs terrains - AMOE
Moyens nécessaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temps d'analyse, temps de recette, temps d'accompagnement à la validation, temps de production de supports qui seront utilisés lors des formations/animations. 2. Outils concernés : PAACO, Annuaire, MSS. 3. AMOE ajustement PAACO :

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développement et intégration des documents PAERPA, notamment grille, PPS, formulaires métiers ○ Développement de la gestion des flux et des alertes ○ Intégration MSS nationale ○ Intégration Annuaire - ROR ○ Développement des tableaux de bord CTA. <p>- Montant total Financement FIR PAERPA Etage 2 : 191 663€</p>
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> ● Identification des ajustements : Janvier 2015 ● Réalisation au fil de l'eau des ajustements : De février à fin juin 2015 ● Validation des outils : De mars à fin juillet 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'ajustements identifiés - Nombre d'ajustements réalisés <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'ajustements validés en recette - Nombre d'outils (fonctionnalités couvertes) validés par les acteurs
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Frein : Calendrier serré Identification d'ajustements trop spécifiques et peu représentatifs des pratiques Attente des acteurs d'outils trop personnalisés - Levier : Priorisation des ajustements Communication sur les objectifs de la validation auprès des acteurs

Fiche Action N°27

Objectif général à atteindre :

Déployer les outils SI de la CTA et de la CCP

Référent (personne ou institution) : ARS/GCS TSA

Axe stratégique 7	Développer des systèmes d'information partagés simples
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une véritable coordination territoriale en déployant les outils SI adaptés. - Assurer une véritable coordination territoriale en s'assurant de la bonne intégration des outils SI dans les organisations CTA et CCP. - Déployer les outils SI de la CTA et de la CCP en répondant tout au long du projet à leurs besoins et à leurs adaptations SI, en termes : <ul style="list-style-type: none"> ● <u>de communication/information via et autour des outils de partage</u>, en lien avec la CTA, les CCP et les autres acteurs de terrain, ● <u>de déploiement et de mise en marche opérationnelle des outils au sein des organisations CTA et CCP,</u> ● <u>de formation des acteurs de la CTA et CCP et de réajustements fonctionnels</u> des outils au fur et à mesure des pratiques, ● <u>d'accompagnement des acteurs de la CTA et des CCP sur l'utilisation de ses outils SI.</u>

<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Prendre en compte les modalités organisationnelles et opérationnelles (qui, quoi, quand) des différents processus d'échanges d'information et d'action. – Définir les besoins d'informatisation. – Mettre en place et suivre une méthodologie SI PAERPA globale centrée Acteurs / Outils / Flux et Documents (Equiper les acteurs de la CTA et les acteurs terrains partenaires d'outils numériques adaptés à leurs pratiques quotidiennes et à leurs actions de communication et de coordination dans le cadre du parcours PAERPA). – Accompagner spécifiquement la CTA dans l'identification et le déploiement des solutions SI nécessaires à ses missions PAERPA (relation avec les acteurs de terrain et gestion des documents) : <ul style="list-style-type: none"> – Mise en œuvre et accompagnement des outils de coordination de la CTA. – Mise en œuvre de l'annuaire. – Définition et développement d'une vitrine d'accueil dématérialisée de la CTA, dans son rôle de plateforme de communication et de diffusion des informations auprès des acteurs du territoire (aide à l'information et aide à l'orientation locale). – Déploiement et accompagnement de la CTA dans l'utilisation de ces outils de coordination et de communication. – Suivi et évaluation de la pertinence SI en termes de communication/coordination numérique de territoire développées, et réajuster les outils si nécessaire. – Accompagner les CCP dans l'utilisation des outils SI PAERPA, en lien avec la CTA et leurs pratiques autour du PPS notamment.
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - GCS TSA - Équipe projet régionale - CCAS Ville de Bordeaux - Partenaires institutionnels - Professionnels de santé libéraux
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déclinaison sur les 3 ans de la méthodologie SI - Application de la méthodologie du développement d'usage auprès des membres de la CTA et des CCP: mise en œuvre, formation, accompagnement, animation, support, suivi. - Ensemble des outils concernés: MSS, DMP, PAACO, DP, Annuaire, Vitrine de communication dématérialisée. - Réalisation Annuaire. • AMOE Vitrine dématérialisée (site internet de communication et d'information avec un accès grand public et un accès acteurs terrains proposant notamment des services style FAQ, Forum, prise de contact, inscription à des événements d'information...). <p>Montant total Financement FIR PAERPA Etage 2 : 150 460€</p>
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cadrage SI PAERPA : à partir de mai 2014 2. Accompagnement SI CTA / vitrine : à partir de décembre 2014 3. Accompagnement SI CTA / accompagnement outils : à partir de janvier 2015
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Livraison du cadrage méthodologique SI <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'acteurs CTA connectés aux outils - Nombre de connexion à la vitrine - Nombre de connexion aux outils

<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Frein : Calendrier serré - Levier : Une communication et un accompagnement soutenu
--	---

Fiche Action N°28	
<p>Objectif général à atteindre :</p> <p>Déploiement des outils SI PAERPA et Accompagnement des acteurs sur un quartier test du territoire de Bordeaux</p>	
<i>Référent (personne ou institution) : ARS/GCS TSA</i>	
Axe stratégique 7	Développer des systèmes d'information partagés simples
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer aux acteurs terrains des outils numériques adaptés à leurs pratiques et facilitant leurs coordinations et leurs communications autour du parcours PAERPA. - Élaboration et mise en œuvre d'un plan de déploiement et d'accompagnement en phase pilote – tester le SI sur un quartier pilote.
Description de l'action	<p>Déployer auprès des acteurs du territoire pilote les outils envisagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • MSS /PAACO / Télémédecine / Annuaire / DMP / DP ... • Mise en test des PPS et documents du CdC PAERPA • Échanges d'informations entre PSL/Structures sanitaires/EHPAD/Médico-social et Social

Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - GCS TSA - MOE - CTA - Partenaires institutionnels - Acteurs terrains (libéraux, structures, patients...)
Moyens nécessaires	<p>Coût d'investissement du matériel en mobilité pour les acteurs terrains</p> <ul style="list-style-type: none"> — Test équipement pour 1/3 des professionnels de santé libéraux du quartier test – 35 PS libéraux. Couverture basse car professionnels sociaux non comptabilisés. — Financement : FIR PAERPA Etage 2 : 10 500€
Calendrier prévisionnel	<p>Déploiement en territoire pilote :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les premiers outils disponibles : à partir de janvier 2015 - Pour les outils ayant nécessité des ajustements : à partir de mai 2015
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PS équipés - Nombre de PS connectés par outil - Nombre de connexion par outil, par fonctionnalité et par type d'acteur
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Suivi des acteurs de terrains Information, communication Évaluation</p>

Fiche Action N°29

Objectif général à atteindre :

Déploiement des outils SI PAERPA et Accompagnement des acteurs sur le tout territoire PAERPA – Ville de Bordeaux

Référent (personne ou institution) : ARS/GCS TSA

Axe stratégique 7	Développer des systèmes d'information partagés simples
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer aux acteurs terrains des outils numériques adaptés à leurs pratiques et facilitant leurs coordinations et leurs communications autour du parcours PAERPA. - Mise en œuvre du plan de déploiement et d'accompagnement du SI PAERPA. - Réajustement du plan pour le déploiement généralisé suite aux retours du quartier pilote. - Mise en œuvre du plan de déploiement et d'accompagnement ajusté sur l'ensemble du territoire PAERPA.

<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le plan de déploiement et d'accompagnement. - Mettre à niveau les équipements des SI partenaires (messagerie sécurisée, DMP...). - Déployer et accompagner les acteurs en phase pilote / Réaliser des actions de : <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation, Animation, Communication (séminaire, entretien, réunion d'information, support communication). - Formation, Support pédagogique et fonctionnel. - Support technique. - Suivi des acteurs (accompagnement au changement : adaptation/personnalisation/appropriation et intégration des outils dans les pratiques). - Suivi de la mise en place des usages (retour des acteurs - club utilisateur/usage, forum... - et suivi d'activité). - Évaluer l'efficacité des actions réalisées (taux d'utilisation des outils...) et Ajuster le plan pour le déploiement généralisé. - Mettre en œuvre le plan de déploiement et d'accompagnement ajusté.
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CTA - ARS - GCS TSA - MOE - Acteurs terrains (libéraux, structures, patients...) - Partenaires institutionnels
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Application de la méthodologie du développement d'usage : formation, accompagnement, animation, support. - Ensemble des outils concernés : MSS, DMP, PAACO, DP, Annuaire. - Utilisation des documents intégrés au SI dont PPS, CRH, DLU, VSM, Grille repérage. - Accompagnement auprès de 30% des acteurs du territoire (675 acteurs). - Équipe mobile d'accompagnateurs territoriaux et équipements. - MSS : hypothèse proxy pour la MSS pour 3 établissements. - Hébergement et droit d'usage PAACO pour 3 ans (fonctions principales : DMP compatibilité, passerelle entre SIH et acteurs du libéral via le DMP, collecteur de documents, coordination autour du patient). <p>Montant total Financement FIR PAERPA Etage 2 : 640 600€</p>
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>Élaboration du plan d'accompagnement et mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les premiers outils disponibles : à partir de janvier 2015 • Pour les outils ayant nécessité des ajustements : à partir de mai 2015
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supports réalisés - Nombre de formations réalisées - Nombre d'animations <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PS équipés - Nombre de PS connectés par outil - Nombre de connexion par outil, par fonctionnalité et par type d'acteur
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Frein : Calendrier serré ; disponibilité des acteurs de terrain. - Levier : Sensibilisation et préparation des acteurs de terrain à la démarche et



	communication régulière sur le projet auprès des acteurs de terrain.
--	--

ANNEXE 2

9.4 Annexe : Fiche récapitulative de la feuille de route – Territoire de Bordeaux

Axes stratégiques	N° Fiches Actions	Coût total	Financement	Enveloppe	2014	2015	2016	2017	COMMENTAIRES
Axe 1 : Organiser, promouvoir, communiquer et évaluer dans le cadre d'une gouvernance	1	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Suivi et Animation du pilotage
	2	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Evaluation
	3	50 000 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	50 000 €	0 €	0 €	COM
TOTAL AXE 1		50 000 €			0 €	50 000 €	0 €	0 €	
Axe 2 : Assurer la coordination territoriale	4	927 422 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	282 166 €	322 628 €	322 628 €	Coordination Territoriale d'Appui
TOTAL AXE 2		927 422 €			0 €	282 166 €	322 628 €	322 628 €	
Axe 3 : Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie	5	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Repérage de la fragilité
	6	90 000 €		Etage 1	0 €	30 000 €	30 000 €	30 000 €	ETP : 12% des 20% de la pop ayant un PPS.
	7	0 €	FIR PAERPA		0 €	0 €	0 €	0 €	Dépistage troubles de l'équilibre / Formation MK / OGDPC
TOTAL AXE 3		90 000 €			0 €	30 000 €	30 000 €	30 000 €	
Axe 4 : Eviter les hospitalisations inutiles et les passages aux urgences	8	500 000 €	FIR PAERPA	Etage 1	0 €	150 000 €	150 000 €	200 000 €	20 % PA hors EHPAD : 3440 PA - nombre de PPS prévus 7 000
	9	54 750 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	27 375 €	27 375 €	0 €	IDEL : 1 IDEL en astreintes sur 1 an
	10	1 138 800 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	379 600 €	379 600 €	379 600 €	4 IDE nuit sur 4 EHPAD
	11	232 140 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	77 380 €	77 380 €	77 380 €	4 Chambres hébergement relai en urgence
	12	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Unité mobile pluriprofessionnelle en gériatrie dans la cité
	13	417 735 €	FIR PAERPA	Etage 3	0 €	139 245 €	139 245 €	139 245 €	EHPAD Hors les Murs Villa Pia
	14	600 000 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	Dom care : Equipe soutien aidants/Aidés
	15	1 119 000 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	373 000 €	373 000 €	373 000 €	Dom care : Equipe Urgences nuit
	16	52 764 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	17 588 €	17 588 €	17 588 €	Télé médecine en EHPAD (22 EHPAD)
TOTAL AXE 4		4 115 189 €			0 €	1 364 188 €	1 364 188 €	1 386 813 €	
Axe 5 : Mieux préparer le retour à domicile ou en Institution en cas d'hospitalisation	17	0 €	ES		0 €	0 €	0 €	0 €	ES : parcours de santé PA en intra et extra hospit
TOTAL AXE 5		0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	
Axe 6 : Diffuser et accompagner des recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et notamment la iatrogénie	18	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Sécurité et Observance des prescriptions
	19	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Conciliation médicamenteuse / Formation PSL
	20	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Pertinence et bon usage de la prescription
	21	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	REX autour incidents médicamenteux
	22	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Pratiques de prescriptions - volet psychiatrie
	23	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Expertise pharmaceutique et collaboration pharmaceutique
	24	0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	Valoriser le DP et les SI
TOTAL AXE 6		0 €			0 €	0 €	0 €	0 €	
	25	25 950 €	FIR PAERPA	Etage 2	25 950 €	0 €	0 €	0 €	Accompagnement SI CTA
	26	191 663 €	FIR PAERPA	Etage 2	191 663 €	0 €	0 €	0 €	SI PAERPA opérationnel / Ajustements fonctionnels des outils / PAAACO - MSS
	27	150 460 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	150 460 €	0 €	0 €	Concevoir et déployer les outils SI de la CTA et de la CCP
	28	10 500 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	10 500 €	0 €	0 €	Déploiement des outils SI PAAACO - MSS et Accompagnement des acteurs sur un quartier test du territoire de Bordeaux
Axe 7 : Développer des systèmes d'information partagés simples	29	640 600 €	FIR PAERPA	Etage 2	0 €	640 600 €	0 €	0 €	Déploiement et Accompagnement des acteurs sur le territoire PAERPA - Ville de Bordeaux
TOTAL AXE 7		1 019 173 €			217 613 €	801 560 €	0 €	0 €	
TOTAL AXES STRATEGIQUES		6 201 784 €			217 613 €	2 527 914 €	1 716 816 €	1 739 441 €	
FIR PAERPA Etage 1		590 000 €			0 €	180 000 €	180 000 €	230 000 €	
FIR PAERPA Etage 2		5 194 049 €			217 613 €	2 208 669 €	1 397 571 €	1 370 196 €	
FIR PAERPA Etage 3		417 735 €			0 €	139 245 €	139 245 €	139 245 €	

