


« PAERPA, ESA, MAIA et GC : plus de fragmentation ou plus d'intégration ? »

le jeudi 28 avril 2016

Sandrine CLEMENCEAU, ergothérapeute, EMA ADMR
Marie-Sophie GAUDOUEN, assistant pilote CTA, Touraine-Est ADMR
Stéphanie FACHE, pilote MAIA/CTA, Touraine-Est ADMR



PARTIE 1

**PAERPA / MAIA :
plus de fragmentation
ou plus d'intégration ?**





Qu'est ce que le Paerpa?

Une expérimentation sur le parcours de santé des aînés

- 2013 - 2017
- Sur la base d'un cahier des charges national,
- 9 régions pilotes,
- S'appuie sur les initiatives et les acteurs locaux,
- Une approche populationnelle : personnes âgées de 75 ans et plus, résidant sur le territoire, pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social

Objectifs : Construire un parcours de santé coordonné et intégré de la personne âgée, sur un territoire donné, avec l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ : secteur hospitalier, ambulatoire, médico-social et social.

« Permettre aux PA de bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels, avec les bonnes informations, dans les bonnes structures, au meilleur coût »



Mise en place du travail partenarial 1/2

Juillet 2013 :

- Réunion de lancement du PAERPA par l'ARS Centre, participation du porteur et pilote MAIA
- Début du diagnostic territorial MAIA sur les cantons de la deuxième phase de déploiement

Octobre 2013 :

- Constitution d'une **table tactique commune PAERPA/MAIA** avec un temps MAIA et PAERPA (composition des membres de la table tactique, rendez-vous partenaires en commun ...)
- Le délégué territorial de l'ARS du département fait le lien entre les deux tables stratégique PAERPA et MAIA

Décisions validées par les deux tables stratégiques MAIA et PAERPA



Mise en place du travail partenarial 2/2

Janvier 2014 :

- Séminaire de travail PAERPA, intégration du pilote MAIA aux différents groupes de travail (PPS, CTA ...)
- Mise à plat des cahiers des charges et des compositions d'instance de gouvernance

Décembre 2014 :

- Convention pluriannuelle ARS/ADMR 2014-2017


Depuis juillet 2013 :


- Points de travail régulier entre les équipes MAIA (pilote/porteur) et équipe PAERPA (chef de projet, gestionnaire de projet, DT ARS ...)



Mise à plat des cahiers des charges 1/2

	PAERPA	MAIA
Population cible	+ 75 ans en risque de perte d'autonomie	Personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, plus largement toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle
Territoire	Cantons d'Amboise, Bléré, Cantons Descartes, Ligueil, Loches, Le Grand Pressigny, Montrésor, Preuilly sur Claise et les communes de Truyes et Cormery	Est du département d'Indre et Loire
Intégration/coordination « Soutenir les professionnels de proximité en s'appuyant sur les ressources existantes tout en veillant à ne pas s'y substituer ou les démobaliser »	3 niveaux de coordination Coordination clinique de proximité (CCP) Coordination territoriale d'appui (CTA) = équipe ressource pour les professionnels = guichets d'accueil pour les usagers Mobilisation des acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires	Intégration Gestion de cas - Situations complexes Guichet intégré Mobilisation des acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires

		PAERPA	MAIA
 Mise à plat des cahiers des charges 1/2			
Leviers / Outils	<ul style="list-style-type: none"> * 4 documents structurants le parcours : PPS, VSM, DLU et le CRH * SI : DMP, MSS (déploiement aux non professionnels de santé), mobilité, télémedecine * Outils organisationnels : Annuaire, guichet unique, ... * Formation * Evaluation (IRDES) * Contractualisation 	<ul style="list-style-type: none"> * Annuaire des ressources * Référentiel missions * Fiche d'orientation multidimensionnel * Outil d'évaluation multidimensionnel * Plan de service individualisé (PSI) * Développement d'outils, de procédures partagés 	
Enveloppe dédiée	<p>FIR – 3 volets</p> <ul style="list-style-type: none"> * Financements déterminés nationalement : PPS et ETP * Financements cadrés nationalement avec souplesse régionale : coordination, SI, prises en charge spécifiques * Financements nationaux : Formation, évaluation, accompagnement ANAP <p>→ <i>Principe de subsidiarité et équilibre financier</i></p>	<p>FIR – CDC national</p> <ul style="list-style-type: none"> * 1 pilote, * 3 gestionnaires de cas (IDE, AS, psychologue), * Budget de fonctionnement 	
Chantiers nationaux	<ul style="list-style-type: none"> * HAS : PPS, ETP, VSM * ASIP : MSS, VSM, PPS * Prises en charge spécifiques : Liens PRADO, ARDH, HT spécifique, SPASAD * Accès aux bases AM 	<p>SI MAIA</p> <p>Outil multidimensionnel de gestion de cas</p>	

		Principes directeurs communs PAERPA MAIA
		<p><u>Intégration</u> : Création d'un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des personnes vivant à domicile</p> <p><u>Coordination / Coopération</u> : entre les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social</p> <p><u>Coresponsabilisation</u> des partenaires : signature de lettre d'engagement et de conventions</p> <p><u>Subsidiarité</u> : soutenir les professionnels de proximité tout en veillant à ne pas s'y substituer ou à les démobiliser</p> <p><u>Respect des personnes</u> : consentement des personnes et libre choix des professionnels</p>



Objectifs communs PAERPA MAIA

- Construire un parcours de santé coordonné et intégré de la PA, sur un territoire donné, avec l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ: secteur hospitalier, ambulatoire, médico-social et social.
- Eviter les risques de rupture dans la prise en charge sociale et sanitaire de la PA en fluidifiant l'accès aux différents opérateurs et prestations:
 - simplifier les parcours, éviter les ruptures de continuité, améliorer la connaissance réciproque et la communication entre les partenaires, décroisement des 3 secteurs, réduire les doublons en matière d'évaluation, limiter les hospitalisations et le recours aux urgences inapproprié...
 - pour un parcours continu, diversifié, flexible et adaptable aux changements.

Enjeu : « mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. »



L'ADMR retenue pour être le porteur de la CTA

L'ADMR est le porteur de la MAIA sur le territoire où se déploie l'expérimentation PAERPA

Différents acteurs du territoire légitimes pour porter a minima plusieurs missions de la CTA :

- CLIC, pilote MAIA, Maisons départementales de la Solidarité (MDS), Coordination d'autonomie, CCAS/CIAS/Mairies

Des missions de la CTA non couvertes (gestion des PPS) ou de manière informelle (solicitation d'expertise psy ou soins palliatifs par exemple)

Contraintes environnementales et leviers institutionnels :

- Un CLIC sur une partie du territoire
- Une politique de territorialisation du CD en cours de déploiement (MDS, pôles « autonomie »),
- Des coordinations autonomie très implantées sur la base du bénévolat et sans base juridique
- Des filières gériatriques en cours de structuration



L'ADMR retenue pour être le porteur de la CTA

- Principe de subsidiarité : des missions CTA déjà portées par des acteurs de terrain → la CTA a une mission d'adressage, non pas de « faire à la place de » → CTA, dans la logique de guiche intégré de la méthode MAIA
- La partie nord du territoire PAERPA dépend d'une autre Table Tactique MAIA → Coordination à assurer par le pilote MAIA
- Capitalisation des outils de la méthode MAIA au niveau du département via la Table stratégique MAIA commune aux 2 MAIA du département
 - Rôle de la Table stratégique MAIA

Constitution de l'équipe de la CTA : le pilote MAIA assure les missions de pilote de la CTA.



Projet d'extension du territoire PAERPA

Proposition ARS : déploiement sur l'Indre et Loire en 2 temps :

- **Phase 2016 : extension sur le nord-est du département** (territoire MAIA Est)
- **Phase 2017 : extension sur l'autre moitié du département** (territoire MAIA Ouest), sous condition de montée en charge

Extension en 2016 justifiée par les besoins suivants :

- consolider le territoire actuel (continuer à accompagner la montée en charge des PPS sur Loches et Amboise)
- diversifier le type de bassins de vie inclus dans le projet (inclusion d'une partie de Tours +)
- optimiser la gouvernance stratégique et opérationnelle (MAIA/PAERPA)

Réflexions : Projet de plate-forme territoriale d'appui « guichet seniors »



La plus value de ce travail collaboratif

Pour les institutionnels / professionnels :

- Une meilleure visibilité de la mise en œuvre de ces projets territoriaux
=> Ne pas être dans le « mille-feuille »
- Une optimisation des temps de rencontre et des ressources (réunions, groupe de travail...)
- Un renforcement du partenariat entre les professionnels sanitaire et sociaux

Pour les usagers :

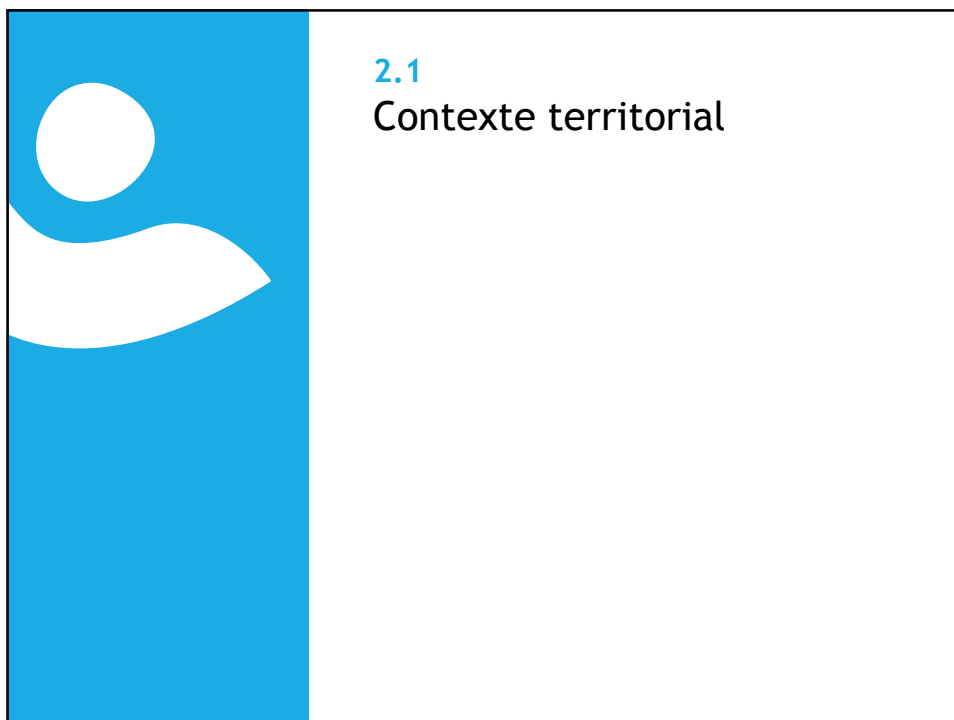
- Un parcours de santé coordonné et intégré
- Une meilleure réponse à leur demande

PARTIE 2

ESA / GC : Plus de fragmentation ou plus d'intégration ?

2.1 Contexte territorial

2.2 Exemples de situations présentant le travail partenarial



Contexte territorial, en Indre et Loire
(Région Centre Val de Loire)

- ❑ 2009 : installation de la première ESA (porteur ADMR)
- ❑ En Indre et Loire, une modification du nom :
 - ✓ EMA : Equipe Mobile Alzheimer
- ❑ Couverture totale du département :
 - ✓ 4 Equipes Mobiles Alzheimer
 - ✓ 30 places par équipe
- ❑ 4 porteurs: ADMR, Mutualité Française Indre Touraine, ASSAD-HAD en Touraine, Sud Touraine (public)



Equipe Mobile Alzheimer de l'ADMR

- ❑ Composition de l'équipe :
 - ✓ 1 responsable d'équipe
 - ✓ 2 ergothérapeutes
 - ✓ 3 Assistantes de Soins en Gériatrie

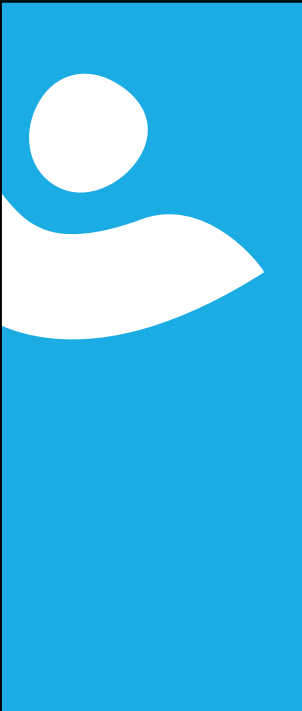
- ❑ Les missions des ergothérapeutes :
 - ✓ Évaluation
 - ✓ Définition de(s) objectif(s)
 - ✓ Séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement
 - ✓ Bilans adressés aux médecins
 - ✓ PISAR envoyé aux professionnels intervenants
 - ✓ Coordination avec les professionnels intervenants

- ❑ Les missions des ASG :
 - ✓ Soins de réhabilitation et d'accompagnement sur la base de l'évaluation et de(s) objectif(s)




Objectifs des EMA...

- ✓ Maintenir l'autonomie
- ✓ Avoir un environnement sécurisé
- ✓ Faire des activités signifiantes et significatives adaptées
- ✓ Avoir des habitudes fixes
- ✓ Etre orienté dans le temps et dans l'espace
- ✓ Conserver une vie sociale
- ✓ Informer/accompagner le ou les aidants
- ✓ ...



2.2 Exemples de situations présentant le travail partenarial

- ✓ Une situation orientée d'EMA vers la gestion de cas
- ✓ Une situation de gestion de cas sollicitant le service EMA



Orienté de EMA vers la gestion de cas 1/3

Situation Mme A :

- ✓ Situation EMA orientée par le neurologue (MA diagnostiquée)
- ✓ 79 ans, vit seule avec des angoisses importantes
- ✓ 2 enfants (Orléans et Bordeaux) lui téléphonent régulièrement, « Mme dit qu'elle n'avait plus de contact avec ses enfants » / pas d'aidant familial présent localement
- ✓ Mme a élevé seule ses deux enfants et personne indépendante et autonome dans son mode de vie
- ✓ Troubles de mémoires avec incidence sur les actes de la vie quotidienne (repas, toilette, change des vêtements ...)
- ✓ Professionnels connus initialement :
une orthophoniste (2 fois par semaine)/médecin traitant/neurologue

Mme refuse toute intervention familiale et professionnelle :
seule l'orthophoniste est acceptée



Orienté de EMA vers la gestion de cas 2/3

Objectifs de l'intervention EMA :

- ✓ Se repérer dans le temps et ne pas oublier ses rendez-vous
- ✓ Avoir de l'aide humaine pour certaines activités de la vie quotidienne (observance du traitement médicamenteux, préparation des repas, ménage, entretien du linge, gestion administrative et financière)
- ✓ Entendre son téléphone
- ✓ Prendre une douche en sécurité
- ✓ Avoir de l'aide en cas de chute ou autre difficulté

Mme a accepté l'EMA mais difficulté :
 - de faire accepter les services d'aides humaines et professionnelles
 - de faire du lien avec la famille
 => Sollicitation du service de gestion de cas



Orienté de EMA vers la gestion de cas 3/3

- ✓ 1ère visite commune ergothérapeute et gestionnaire de cas

Actions du gestionnaire de cas :

- ✓ Lien avec les enfants et les professionnels présents
- ✓ Téléassistance
- ✓ Hospitalisation programmée pour une évaluation gériatrique
- ✓ Mise en place de passages IDE pour la prise du traitement
- ✓ Demande d'APA et mise en place d'un service d'aide à domicile
- ✓ Resollicitation d'EMA un an après pour une visite
- ✓ Hospitalisée chute, fracture col du fémur => SSR

Concertation au SSR pour le projet de vie (MT, orthophoniste, EMA, AS et médecin SSR)
 => Décision d'une orientation vers une entrée en EHPAD, avec suivi du MT et relais orthophoniste



Le gestionnaire de cas sollicite EMA 1/2

- Situation Mme R :

- ✓ Orientée par l'AS du CHRU suite à une hospitalisation (service MIG),
- ✓ 82 ans, vit avec son époux de 90 ans, sans contact avec l'extérieur,
- ✓ Une sœur de Mme en conflit avec son époux,
- ✓ Plus de suivi par le médecin traitant depuis 4 ans,
- ✓ Mme est suivie par la consultation mémoire suite une hospitalisation,
- ✓ Époux semble présenter aussi des troubles cognitifs mais pas d'investigation médicale,

Objectif de solliciter EMA :

- pour une évaluation de l'indépendance des actes de la vie quotidienne de Mme
- Avoir une approche et une communication adaptées à Mme face à sa pathologie
- Avoir une action aussi auprès de l'aidant



Le gestionnaire de cas sollicite EMA 2/2

- Actions du gestionnaire de cas en lien avec EMA :

- ✓ Solliciter EMA via le service de médecine pour avoir une prescription médicale
- ✓ Une visite commune avec le gestionnaire de cas et l'ergothérapeute
- ✓ Le couple a accepté le service EMA

- Un travail c'est fait en parallèle avec une répartition des actions :

Coordination des professionnels et la famille avec le regard d'EMA pour avoir la bonne temporalité pour mettre les aides en place :

- Évaluation des actes de la vie quotidienne => Gcas a mobilisé le SSIAD
- Dossier APA, SAAD, introduction aide à domicile avec ASG
- Signalement mesure de protection EMA/GC car trop compliqué pour la famille d'être à l'initiative



Les plus-values pour l'intégration :

De la gestion de cas :

- ✓ Continuité du suivi suite à l'arrêt des séances d'EMA
- ✓ Évaluation globale de situation par le gestionnaire de cas
- ✓ Un objectif commun de préserver le maintien à domicile dans le respect du choix de la personne

De l'Equipe Mobile Alzheimer :

- ✓ L'évaluation de l'ergothérapeute concernant l'autonomie de la personne
- ✓ Importance de la temporalité pour l'acceptation des personnes et des aides
« aux bons moments »

« ESA / GC : plus d'intégration »

