

**ANAP**

appui santé & médico-social

LES ACTES SEMINAIRE PACSS

# PAERPA

« Personnes âgées en risque  
de perte d'autonomie »

**3 juillet 2014**

## PAERPA

« Personnes âgées en risque de perte d'autonomie »

3 juillet 2014

## SOMMAIRE

PAGE 04

**Méthodologie PAERPA et capitalisation**

PAGE 06

**Tables rondes: la mobilisation des partenaires autour du parcours de santé**

- ARS Bourgogne: un référentiel pour l'exercice coordonné de soins de 1<sup>er</sup> recours
- Nord-Pas de Calais; une stratégie commune ARS-Conseil général pour favoriser la continuité du parcours de santé
- ARS Bretagne: Une organisation de l'animation territoriale au service des parcours

PAGE 09

**Atelier 1: du diagnostic territorial à la feuille de route? Des idées pré-identifiées à la « vraie vie »**

PAGE 10

**Atelier 2: l'organisation de la coordination territoriale d'appui, un outil PAERPA**

PAGE 12

**Atelier 3: filières gériatriques: composantes, labellisation et parcours**

PAGE 14

**Conclusion: une notion de parcours reflétant la réalité du terrain**

# INTRODUCTION INSTITUTIONNELLE PAERPA: VERS UNE EXTENSION DU DISPOSITIF?



L'introduction institutionnelle a réuni

**Dominique Libault,**

*Président du comité PAERPA*

**Claire Scotton,**

*Directrice du projet pilote PAERPA, DSS*

**Dr. Élisabeth Fery-Lemonnier,**

*Chargée de mission parcours, SGMAS*

**Christian Anastasy,**

*Directeur général de l'ANAP*

## DOMINIQUE LIBAULT

### COMMENT PROGRESSER DANS UN ENVIRONNEMENT FINANCIER CONTRAINT ?

Dominique Libault introduit le séminaire en posant les grandes problématiques de la construction des parcours de santé des personnes âgées et la nécessité d'échange entre Agences régionales de santé (ARS). La population âgée réunie un grand nombre d'acteurs intervenant autour d'elle, raison pour laquelle il a été décidé « d'aller sur ce terrain, le plus compliqué, mais aussi le plus urgent ».

La notion de parcours et le besoin d'une meilleure prise en charge des personnes âgées sont des éléments centraux pour le système de santé. Celui-ci fait aujourd'hui face à un défi majeur: comment progresser dans un environnement financier contraint? Il est essentiel de trouver des solutions pour que le « service collectif soit bien au-delà de la somme des individus, mais avec une valeur ajoutée lui permettant de dépasser le cloisonnement et les réponses en silos » d'où la nécessité de faire évoluer les pratiques professionnelles et le système de santé.

### PAERPA EST UN LEVIER IMPORTANT VERS UNE GÉNÉRALISATION

L'extension de PAERPA doit prévenir d'une part l'effet cathédrale (logique descendante) notamment en valorisant l'intérêt à agir de tous les acteurs intervenant auprès des personnes et en prenant en compte les besoins du terrain, d'autre part son caractère expérimental et les difficultés de généralisation. Celle-ci dépend notamment du respect du cahier des charges national PAERPA par les ARS préfiguratrices et de l'évaluation du dispositif.

Il est donc utile de travailler à des outils à destination des professionnels pour la mise en œuvre d'actions concrètes, particulièrement en matière de systèmes d'information, de formation, d'aides financières et d'outils d'amélioration des pratiques tels que les plans personnalisés de santé (PPS). PAERPA a commencé avec 5 territoires, puis 4 autres en fin d'année. Il s'agit à présent d'ouvrir aux autres régions sachant que de nombreux travaux sont en cours en France sur le par-



cours de santé des personnes âgées. Il est à présent essentiel de répondre à la question de la généralisation. Que faire après les préfigurations ? Quelles sont les conditions d'extension de PAERPA ? Cette journée est une occasion de « brainstormer » pour éclairer les décisions.

## CLAIRE SCOTTON

### DES OUTILS SPÉCIFIQUES À DESTINATION DES PROFESSIONNELS

Claire Scotton confirme que l'enjeu du séminaire est de favoriser les échanges entre ARS afin de capitaliser sur les expériences PAERPA en cours et de questionner la pertinence de son extension. Sont ensuite présentées les spécificités de PAERPA. Il s'agit d'une démarche menée avec des outils spécifiques. Le plan personnalisé de santé (PPS), par exemple, est un plan d'action sanitaire et social organisé par le médecin traitant pour une personne nécessitant une Coordination particulière. Autre exemple, la Coordination territoriale d'appui (CTA), véritable plateforme d'appui constituée à partir des dispositifs installés à destination des professionnels de santé et sociaux mais aussi des usagers. PAERPA est un dispositif d'information des professionnels, des personnes âgées et leurs aidants, un outil de coordination et d'appui qui ne se substitue pas aux structures existantes mais qui se construit dans une logique de complémentarité. PAERPA c'est aussi un cadre juridique dérogatoire (partage de l'information, hébergement temporaire), des aides financières spécifiques (FIR à fongibilité asymétrique).

### PAERPA: EXPÉRIMENTATION ET CAPITALISATION

Le projet revêt un caractère expérimental. Il est mené avec l'appui de l'ANAP pour assurer son adéquation avec le cahier des charges national et son évaluation. La méthode présentée par l'ANAP est capitalisable et applicable dès à présent: un diagnostic avec plan d'actions adapté et partagé avec tous les acteurs du territoire permet d'agir spécifiquement sur les points de rupture du parcours.

La capitalisation repose également sur les actions menées avec les hôpitaux. En effet, le modèle économique de PAERPA repose en grande partie sur les économies réalisées à l'hôpital via une meilleure prise en charge à domicile et une restructuration de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours. En ce sens, l'hôpital et la filière (intérieure et extérieure) doivent être repositionnés afin d'améliorer la qualité et permettre un accès aux experts et professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours.

### TROIS ATELIERS POUR TROIS AXES DE RÉFLEXION

Claire Scotton conclut en rappelant les trois axes de réflexions des ateliers:

- Du diagnostic à la feuille de route : comment garantir la cohérence entre le diagnostic, son interprétation et les partenaires ?
- La Coordination territoriale d'appui : comment s'assurer de son bon positionnement en appui des professionnels ? Comment éviter les doublons organisationnels et financiers ?
- Filière gériatrique: Comment acculturer l'hôpital à la culture gériatrique ? Comment repositionner l'hospitalisation sur un territoire donné et diminuer le recours inopportun à l'hospitalisation ?

## DR. ÉLISABETH FERY-LEMONNIER

### L'INTÉGRATION DES TRAVAUX SUR LES PARCOURS EXISTANTS

Dr. Élisabeth FERY-LEMONNIER rappelle que seules 9 ARS sont engagées dans PAERPA. Les 17 autres ne le sont pas mais développent également des parcours. Elles peuvent utiliser des outils tels que le PPS, la messagerie sécurisée de l'ASIP ou les indicateurs et méthodes d'évaluation. Des temps d'échanges entre ARS doivent se structurer afin de formaliser et partager des outils et les enseignements.

De plus, qu'ils soient populationnels (par exemple sur la précarité, le handicap) ou pathologiques (par exemple cancer ou diabète), les parcours peuvent être en lien avec les parcours personnes âgées. Des réflexions restent donc à mener sur l'intégration de ces différents parcours et sur le développement du service territorial de santé.

## CHRISTIAN ANASTASY

Christian Anastasy rappelle tout d'abord le positionnement de l'ANAP. Elle n'est ni agence de régulation, ni agence de qualité. Son histoire ne prévoyait pas initialement un lien direct avec les ARS. On ne peut donc que se féliciter des collaborations étroites désormais établies avec celles-ci.

La notion de parcours est un dossier complexe. Les parcours ne sont pas un phénomène de mode comme cela a pu l'être des réseaux ou des filières. Il faut au contraire les pérenniser. Actuellement, les réflexions sur l'avenir du système de santé portent sur les paniers de soins idéaux mais ceux-ci ne sont pas définis. Nous devons donc concentrer nos efforts sur les parcours. En ce sens, nous devons répondre à deux objectifs majeurs : les systèmes d'information et l'intérêt à agir.

### LE SYSTÈME D'INFORMATION EST UN ENJEU MAJEUR

Le système d'information est un enjeu majeur, particulièrement l'accessibilité transversale des informations, l'interopérabilité des outils métier et de pilotage. À ce jour, il existe peu d'interopérabilité entre les systèmes d'information. Le Dossier médical partagé (DMP) est fermé aux travailleurs sociaux, le SNIIRAM ne permet pas de suivre le soin en EHPAD, les Conseils généraux (CG) ont des SI différenciés sur une même région... « C'est notre rôle de bâtir ensemble la base d'un chemin critique vers un SI communiquant ». Il faut poser les bases de la logique du cheminement vers un SI fonctionnel.

### À L'ÉCOUTE DES ACTEURS DU TERRAIN

L'intérêt à agir des acteurs de terrain est également une brique essentielle à la construction d'un parcours de santé. Les transformations ne viennent pas d'en haut mais du terrain, il est donc nécessaire de décrypter ce qui va motiver les acteurs et les inciter à s'autoréguler et éviter la surconsommation dans un système de santé payé à l'acte. Dès lors quels doivent être les éléments financiers qui vont conduire les acteurs à agir différemment ? ///

# MÉTHODOLOGIE PAERPA ET CAPITALISATION

**Dr. Marie-Dominique Lussier** de l'ANAP rappelle les enjeux liés aux travaux sur les parcours de santé ainsi que la méthodologie de construction de parcours telle qu'elle est mise en œuvre dans les accompagnements de l'ANAP.

## DEUX ENJEUX CLÉS: LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES AU LONG COURS ET DES INTERFACES ENTRE LES ACTEURS

Dr. Marie-Dominique Lussier insiste: «*il y a autant de parcours que de personnes*». Pour autant, deux enjeux clés doivent servir de point de départ à la constitution de parcours de santé sur les territoires: la gestion de la ou des maladie(s) chronique(s) au long cours et la gestion des interfaces entre les acteurs. Il nous faut en effet aujourd'hui davantage gérer le chronique que l'aiguë et apprendre à mettre en cohérence la prise en charge individuelle, c'est-à-dire le projet clinique, avec un volet organisationnel (lié à une structure) afin d'apporter la bonne réponse au bon moment.

## TROIS CRITÈRES ASSOCIÉS: ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ

Ces enjeux sont à associer à trois critères auxquels les parcours de santé doivent répondre: l'accessibilité, la continuité et la qualité. L'accessibilité est géographique, financière et repose sur l'accueil et la bonne direction des personnes vers les bons services. La continuité repose sur le SI pour assurer des mécanismes de transfert entre épisodes de soins mais aussi avec le social. Enfin la qualité repose en partie sur des référentiels HAS et doit permettre d'ajuster l'offre.

Dr. Marie-Dominique Lussier rappelle qu'un projet de parcours de santé recouvre un champ large, de la prévention à l'accompagnement à la fin de vie. Concernant les personnes âgées, la prévention commence dès 60 ans, voire avant. Le périmètre PAERPA est lui plus strict, se limitant aux personnes de plus de 75 ans, il exclut donc une partie du parcours.

## 4 ÉTAPES POUR LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS DE SANTÉ

### GARANTIR L'ENGAGEMENT DES ACTEURS

Quel que soit le périmètre choisi, l'ANAP préconise de passer par des étapes particulières lors de la construction d'un parcours de santé. La première est de garantir l'engagement des acteurs et partenaires autour du parcours. Pour cela, l'ARS définit un territoire de proximité sur lequel organiser un parcours de santé – les usagers tolèrent un territoire d'un diamètre de 40km, les médecins, d'une trentaine. Les ressources existantes et les schémas stratégiques, tels que le PRS, sont bien entendu



# LES OUTILS DE L'ANAP DÉVELOPPÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME PAERPA

Dans le cadre de son accompagnement auprès des ARS, l'ANAP développe des outils qui jalonnent les différentes étapes du programme PAERPA. Mis à disposition de l'ensemble des ARS désireuses de mettre en place un projet d'amélioration du parcours de santé, ils constituent un premier socle de capitalisation.

La chronologie ci-dessous détaille les différentes étapes de l'accompagnement ANAP, les temporalités et les outils qui y sont associés.



Les outils sont disponibles sur

<http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/medico-social/personnes-agees-en-risque-de-perte-dautonomie-paerpa/> ou en suivant ce flashcode

à prendre en considération. La mobilisation des partenaires et l'explication du projet peut nécessiter un temps considérable. *In fine*, la mobilisation collective peut être formalisée dans une lettre d'engagement. Sur les 9 territoires PAERPA, la mise à plat des rôles et engagements de chacun a été bénéfique.

## ÉTABLIR LE PORTRAIT DU TERRITOIRE

Par la suite, le portrait du territoire permet de décrire la population, d'inventorier les ressources, d'analyser des ruptures et d'identifier les bonnes pratiques déjà mises en œuvre. Ses freins principaux : le temps à y consacrer et l'accès et le traitement des données. Ce diagnostic territorial ne sera pas figé et il est important de définir les modalités de son évolution en routine (mise à jour, recueil des données). Il devient alors un outil de pilotage pour la mise en œuvre d'un parcours de santé : à partir d'une situation à t0, quelles sont les actions à développer et à suivre ? Les ARS connaissent leurs territoires et ont l'intuition d'actions à conduire pour mettre en place un parcours de santé ; le diagnostic territorial permet d'objectiver cela, de le partager, de définir ensemble des solutions et de négocier à partir de données factuelles avec les partenaires et acteurs terrain.

## DÉFINIR LA GOUVERNANCE DU PARCOURS

La gouvernance du parcours pourra être plus aisément décrite après le diagnostic car tenant compte des ajustements souhaités par les organisations. La gouvernance définit les rôles et responsabilités de chacun dans le parcours de santé en

construction. Si le niveau stratégique peut être arrêté antérieurement, avec la mobilisation des partenaires, le niveau plus opérationnel dépend davantage du portrait du territoire.

## ASSURER LA MISE EN ŒUVRE

Finalement, vient le moment d'assurer la mise en œuvre, de construire effectivement le parcours de santé répondant aux besoins identifiés sur le territoire. Il est pour cela nécessaire de clarifier les articulations des missions déjà portées sur le territoire et de mettre en accord les acteurs. Le tout se concrétise dans une feuille de route. Elle permet d'assurer la mise en œuvre des actions en définissant clairement leurs contours : calendriers, moyens, suivi et mesure des avancements et impacts.

Dr. Marie-Dominique Lussier annonce la mise en ligne des premiers éléments de capitalisation de l'accompagnement de l'ANAP auprès des 9 ARS PAERPA. À chaque phase sont associés les outils implémentés d'exemples pour faciliter leur utilisation, et un mode d'emploi détaillé (à quoi cela sert ? comment l'utiliser ? à quelle phase du projet ? qui est impliqué ? etc.). En conclusion, Dr. Marie-Dominique Lussier rappelle que chaque territoire est spécifique et nécessite des adaptations pour mener un projet parcours aux vues des caractéristiques locales (histoire, enjeux). La théorie est donc bien entendu à adapter au réel. Pour cela, il est nécessaire de partager la connaissance entre acteurs, et d'obtenir la confiance. Les projets parcours nécessitent donc... beaucoup de travail! ///

# TABLES RONDES

## LA MOBILISATION DES PARTENAIRES AUTOUR DU PARCOURS DE SANTÉ



La table ronde animée par **Dr. Marie-Dominique Lussier**, ANAP

A réuni : **Nadia Ghali**, chargée de mission Exercice coordonné, Département soins de proximité et **Raphaël Fernando**, chef de projet PAERPA de l'ARS Bourgogne : présentation du référentiel de l'exercice coordonné en Bourgogne / **Dr. Marguerite-Marie Defebvre**, chef de projet PAERPA de l'ARS Nord-Pas de Calais et **Arnaud Lopez**, responsable du Pôle développement DPAPH du Conseil général du Nord : présentation de la stratégie commune ARS - CG pour favoriser la continuité du parcours de santé / **Anne-Yvonne Even**, directrice adjointe du Département de l'offre médico-sociale et **Dr. Anne Lecoq**, conseillère médicale de l'ARS Bretagne rattachée à la Direction de la stratégie : une organisation de l'animation territoriale en Bretagne au service des parcours

La mobilisation des partenaires dans l'élaboration d'une démarche de parcours de santé est un pré-requis et une étape importante que doivent mener les ARS. Tout particulièrement, la mobilisation des professionnels de santé libéraux et des Conseils généraux, partenaires essentiels, nécessitent un temps dédié et un savoir-faire. Les travaux de l'ARS Bourgogne sur un référentiel de l'exercice coordonné ainsi que le développement d'une stratégie commune ARS-CG dans le Nord sont des réponses locales à ces enjeux. La mise en place de parcours dépend également de l'organisation interne de l'ARS, outil facilitateur de la démarche. L'ARS Bretagne a développé une organisation permettant de promouvoir les parcours de santé.

### 1 ARS BOURGOGNE : UN RÉFÉRENTIEL POUR L'EXERCICE COORDONNÉ DE SOINS DE 1<sup>ER</sup> RECOURS

#### CONSOLIDER LES ORGANISATIONS ET DÉFINIR UNE STRATÉGIE PARTAGÉE

Raphaël Fernando rappelle que les travaux de l'ARS répondent à des problématiques de démographie médicale, habituellement rencontrées dans les milieux ruraux. En Bourgogne, les professionnels de santé libéraux se sont organisés en réseau depuis 1996 et ont monté une première Maison de santé pluridisciplinaires (MSP) en 2005. L'ARS a donc édité un référentiel dédié à l'exercice coordonné.

Nadia Ghali indique que la région Bourgogne compte en 2014, 37 MSP en fonctionnement avec 17 projets de santé validés par l'ARS, ainsi que 18 structures de coordination d'appui (dont le fonctionnement est détaillé ci-après), et 25 réseaux.

La région est donc dynamique avec un bon niveau de maturité des dispositifs. **Eu égard au nombre de structures, la réalisation d'un outil appelé «référentiel de l'exercice coordonné» vise à structurer l'exercice coordonné déjà**

**implanté, à consolider les organisations et définir une stratégie partagée avec les partenaires institutionnels et les professionnels de santé du territoire**, notamment pour éviter les doublons. Cette initiative a eu lieu bien avant la participation de l'ARS à PAERPA, Nadia Ghali note des similitudes entre le référentiel et le cahier des charges national PAERPA sur le 1<sup>er</sup> recours.

#### COORDINATION, FINANCEMENT ET ACCOMPAGNEMENT

Nadia Ghali précise que pour la constitution du référentiel, diffusé depuis mars 2014, une dizaine de sous-groupes a été constituée depuis 2012 pour travailler sur des thèmes-clés : coordination, financement et accompagnement. Les travaux d'élaboration du guide ont d'abord permis d'apporter des définitions précises et partagées, par exemple pour des termes tels que MSP (regroupement de plusieurs professionnels sur un même bassin de patientèle avec un SI partagé et un projet de santé commun signé) ou périmètre de coordination. Autre illustration, les professionnels de santé n'adhéraient pas à la définition sur la «complexité» dans le guide des réseaux. Elle a donc été redéfinie comme tous les cas qui ne peuvent plus être pris en charge par le 1<sup>er</sup> niveau, permettant aux professionnels isolés ou MSP de recourir aux pôles de santé qui leur fournissent un appui à l'échelle d'un territoire.

#### DEUX NIVEAUX DE COORDINATION AMBULATOIRE

Nadia Ghali indique que les travaux ont également porté sur la définition des niveaux de coordination ambulatoire :

- Le niveau de la **coordination opérationnelle de proximité** avec deux types d'équipe. L'équipe clinique de proximité en charge de la coordination clinique coordonnée, gère des cas complexes et travaille aux nouveaux services rendus. Elle correspond à la coordination clinique de proximité (CCP) dans PAERPA. L'équipe libérale d'action de proximité quant à elle, est la prémisses d'une équipe libérale de soins ou d'une MSP et permet de maintenir l'offre de 1<sup>er</sup> recours sur le territoire.
- La **coordination d'appui** est portée par les réseaux et groupements de professionnels de santé et assure les missions d'un pôle de santé de territoire. Elle se matérialise par une équipe ressource hors les murs, puisqu'il s'agit d'un cadre fonctionnel. Celle-ci est composée d'IDE et psychologues qui appuient les



## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

### Comment le déploiement de ce référentiel s'est-il concrètement déroulé en ARS?

Nadia Ghali indique qu'il est important d'identifier un acteur sponsor et de convier les professionnels de santé à la totalité des travaux, dont la construction des référentiels et cadres financiers.

### Comment envisager l'intégration des acteurs sociaux dans une équipe de 1<sup>er</sup> recours?

Nadia Ghali précise que le référentiel de l'exercice coordonné s'adresse avant tout au monde ambulatoire et qu'il sera nécessaire de l'adapter, notamment dans le cadre de PAERPA, aux autres acteurs du parcours.

### Que devient un Centre local d'information et de coordination (CLIC) niveau 3 lors de la mise en place de l'exercice coordonné de soins de 1<sup>er</sup> recours?

Raphaël Fernando précise qu'il n'y a plus de CLIC en région Bourgogne car ils sont internalisés par les départements et certaines des missions ont été confiées aux MAIA. Il rappelle que l'idée est de travailler à partir de l'existant et de ne pas créer de nouveaux dispositifs. Dr. Marie-Dominique Lussier signale que dans le cadre de PAERPA certaines régions rencontrent des situations similaires, auquel cas le principe de subsidiarité s'applique.

### Combien de professionnels ont recours aux pôles?

Nadia Ghali indique qu'une enquête est en cours pour affiner les résultats. À ce jour, 400 professionnels dont 50 médecins semblent les utiliser. Elle précise qu'en région Bourgogne environ plus de 3 000 professionnels de santé dont 1 400 médecins traitants utilisent le réseau de santé. En règle générale, la mobilisation est plus difficile en milieu urbain où les professionnels ont moins d'intérêt à intégrer une démarche parcours. Au contraire, on dénombre plus d'adhérents sur le pôle rural.

### Quels financements ont été mis en place pour pérenniser les organisations innovantes de 1<sup>er</sup> recours?

Nadia Ghali indique l'ARS Bourgogne a créé des conditions matérielles favorables en finançant soit sur l'investissement soit sur le fonctionnement (poste de coordonnateur) *via* la FIR. Ainsi, il reste peu de reste à charge pour les professionnels lors d'une installation de MSP.

professionnels de santé libéraux isolés et en MSP. Son action va de l'information et actions de santé publique à la coordination pour les parcours complexes. Actuellement on compte en région Bourgogne 18 structures de coordination d'appui: 12 réseaux et 6 groupements de professionnels de santé.

Nadia Ghali rappelle que l'étape primordiale à la constitution de ces niveaux de coordination est l'identification des acteurs et dispositifs déjà existants, ainsi que leur niveau de motivation. En effet, dans un processus de restructuration du territoire, la création de nouveaux dispositifs n'est pas forcément la clé, et il est nécessaire de partir de l'existant. Ce travail d'animation territoriale et de connaissance des acteurs est porté par des référents territoriaux au sein de l'ARS. ///

## NORD-PAS DE CALAIS; UNE STRATÉGIE COMMUNE ARS-CONSEIL GÉNÉRAL POUR FAVORISER LA CONTINUITÉ DU PARCOURS DE SANTÉ

### LA GOUVERNANCE DÉFINIE DANS LE CADRE DE PAERPA A PLUSIEURS NIVEAUX

Arnaud Lopez rappelle que les orientations convergentes ARS et CG en faveur des personnes âgées sont à la base des travaux communs autour du parcours de santé. Le département du Nord est le plus peuplé et compte 19% de personnes âgées de 65 ans et plus. En outre, les allocations individuelles de solidarité (APA, PCH et RSA) devraient représenter près d'un milliard d'euros de dépenses pour 2014. Les enjeux liés aux personnes âgées sont donc importants pour le Conseil général, d'autant plus sur le territoire PAERPA du Valenciennais-Quercitain, où le taux de dépendance est particulièrement élevé en raison du passé minier.

**La collaboration dans le cadre de PAERPA est née de la convergence des orientations stratégiques du PRS et du schéma départemental « personnes âgées ».** La démarche commune ARS-CG s'est structurée *via* une lettre d'intention cosignée avec les acteurs du territoire, des rencontres sur le terrain début 2013 puis la mise en place d'instances de pilotage au 2<sup>nd</sup> semestre 2013.

Le travail commun ARS-CG a donc été initié en amont de l'appel à projets PAERPA, avec des rencontres dès 2012 puis la signature d'une convention-cadre portant sur une gouvernance partagée. Le partenariat porte sur 2 modalités de coopération:

- Stratégique
  - Comité de liaison annuel Président du CG et Directeur général de l'ARS
  - Commissions de coordination relatives à l'organisation sociale, médico-sociale et à la prévention
- Opérationnel
  - Niveau régional avec des bilatérales ARS-CG puis des trilatérales entre l'ARS et les 2 départements de la région
  - Niveau territorial *via* la co-animation ARS-CG des instances sur un cadre géographique commun

**In fine, ARS et CG copilotent, coaniment ou cofinancent de nombreux projets sur le territoire:** PAERPA, les parcours des patients chuteurs sur Lille, les tables MAIA, les plateformes de répit, etc.

Marguerite-Marie Defebvre précise que la démarche ARS-CG autour du parcours de santé des personnes âgées a été lancée en 2012 et aurait eu lieu quelle que soit la réponse à la candidature à PAERPA. Il est en effet difficile d'entamer des travaux avec des acteurs terrain sans leur donner suite. Ainsi, ARS et CG ont travaillé dès le départ sur la gouvernance afin d'afficher des modalités de travail partagées puis les travaux de diagnostic ont été lancés début 2013 à partir de la méthode ANAP publiée en 2012.

La gouvernance définie dans le cadre de PAERPA a plusieurs niveaux, le premier étant une assemblée territoriale. Cette dernière permet à l'ensemble des acteurs du territoire de se rencontrer, le territoire PAERPA étant le plus gros des 9 projets PAERPA du programme avec 400 000 habitants et 30 000 personnes âgées de plus de 75 ans. La gouvernance du projet est formée de trois composantes : une instance ARS-CG, garante de la cohérence des démarches et initiatives locales et rendant les arbitrages nécessaires ; un comité des signataires, garant de la bonne exécution du projet et du respect des engagements des acteurs locaux ; et un comité technique territorial, participant à l'identification des besoins de santé, proposant des axes de travail et suivant les groupes de travail. Les membres de ce comité territorial ont été destinataires d'une lettre de mission cosignée ARS et CG soutenant leur positionnement auprès de leurs pairs.





## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

### N'y a-t-il pas redondance entre l'assemblée territoriale et les conférences de territoire ?

Marguerite-Marie Defebvre indique que la conférence de territoire est sur un territoire plus large que le projet pilote PAERPA (800 000 contre 400 000 habitants) et ne comporte que des représentants alors que l'assemblée territoriale concerne le territoire pilote et invite tous les professionnels et acteurs du territoire, dont ceux du champ social. Cette différenciation permet de faire un rendu directement aux acteurs terrain concernés par le projet PAERPA.

### Comment s'est fait le choix des thématiques des groupes de travail dans le cadre de PAERPA ?

Marguerite-Marie Defebvre précise que jusqu'à fin 2013, les acteurs ont travaillé sur le diagnostic puis sur les orientations PAERPA afin d'aboutir en mars 2014 à une vingtaine de fiches-action. Des groupes de travail (prévention, domicile, coordination clinique de proximité, ville-hôpital) ont ensuite été proposés par l'ARS et le CG à partir des actions pré-identifiées par les acteurs du territoire à l'issue des travaux du diagnostic. 80 acteurs volontaires y ont participé.

►► **La co-construction ARS-CG** se traduit donc dans la gouvernance de projet, la communication (présentation, site Internet) et des travaux (échanges de données, organisation de groupes de travail, instruction des propositions d'actions d'amélioration) ou projets communs (sur l'Eurométropole, échanges de pratiques entre France et Belgique). **Actuellement des perspectives de nouveaux projets communs émergent tel qu'un programme de coopération transfrontalière sur le champ médico-social** (accompagnement des aidants, baluchonnage et déploiements des plateformes de répit). ///



## ARS BRETAGNE: UNE ORGANISATION DE L'ANIMATION TERRITORIALE AU SERVICE DES PARCOURS

### UN ORGANIGRAMME TOURNÉ VERS LA TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ

Anne-Yvonne Even rappelle qu'on ne peut pas parler de parcours sans parler d'organisation interne de l'ARS. En Bretagne, l'organisation fonctionnelle de l'ARS se fonde sur un organigramme tourné vers la territorialisation des politiques de santé: une direction de la stratégie et des projets construits volontairement en transversalité avec les directions métiers plus classiques qui

assurent un pilotage régional sur un champ large (planification, contractualisation, qualité, allocation de ressources, etc.). L'ensemble est constitué en articulation avec les 4 Directions territoriales (DT), correspondant aux départements, et qui ont en charge l'animation territoriale sur 8 territoires de santé (liés à 8 conférences de territoire) et 22 bassins de proximité. L'ARS garantit une transmission transversale de l'information *via* l'organisation régulière d'un COPIL dédié au projet régional de santé (PRS) associant l'ensemble des directions et une articulation directions métiers - délégations territoriales. Le PRS lui-même, «colonne vertébrale de l'ARS», a été construit à partir de cette organisation fonctionnelle. Cette structuration a porté ses fruits, permettant de garantir, pour des projets complexes, à la fois une cohérence institutionnelle (ARS-CG-Assurance Maladie) et une animation territoriale.

### UN DÉCOUPAGE TERRITORIAL EN CONSENSUS AVEC LES CONSEILS GÉNÉRAUX

Anne Lecoq souligne que le découpage territorial a nécessité un travail de consensus avec les CG. En effet, les 22 bassins de proximité n'étant pas cohérents avec les découpages des départements. Ils ont été constitués à partir des flux populationnels prenant en compte la santé mentale, les personnes âgées, les maladies chroniques, etc., permettant donc de les utiliser quelle que soit la thématique abordée.

L'animation territoriale est assurée par des coordonnateurs thématiques (personnes âgées, personnes handicapées par exemple) au sein de l'ARS rattachés aux directions métiers et travaillant avec des groupes techniques d'experts réunis deux fois par an. Le lien siège-DT est, quant à lui, assuré *via* un comité d'orientation territorial.

Aujourd'hui ce découpage territorial est accepté par l'ensemble des institutions régionales. La preuve en est les projets aboutis depuis, tels que le déploiement du dispositif MAIA malgré la réticence initiale d'un CG, la fusion d'instances comme celles associées aux PTS, schémas départementaux et table tactique MAIA, une expérimentation locale (article 70 LFSS 2012). De plus, pour assurer une cohérence interinstitutionnelle avec le CG, une convention cadre a été signée portant sur 3 thématiques: l'observation partagée personnes âgées-personnes handicapées, la cohérence entre schémas départementaux et PRS et l'impact en santé publique (famille, enfance...).

Anne-Yvonne Even note que certains freins restent cependant à lever, notamment sur l'hétérogénéité des systèmes d'observation plus ou moins partagés avec les CG, l'absence de SI partagé (messagerie sécurisée, annuaires partagés...) et sur des cadrages nationaux de projets.

### DES PRÉ-REQUIS MÉTHODOLOGIQUES

Anne Lecoq évoque ensuite les pré-requis méthodologiques nécessaires au déploiement d'un projet parcours sur la base du projet santé mentale en cours en Bretagne avec l'appui de l'ANAP. En ce sens, le choix du territoire et la mobilisation des acteurs apparaissent comme des étapes essentielles. En Bretagne, le choix du territoire a été long. D'autant que dans le cadre du diagnostic, la mobilisation des acteurs passait par un partage des caractéristiques du territoire et que le sujet de la santé mentale est particulièrement complexe compte tenu de la pluralité des acteurs impliqués.

Des principes méthodologiques structurant ont permis de garantir l'appropriation de la démarche: un groupe projet unique, un binôme médico-administratif entre siège et DT et un comité de pilotage local présidé par la direction de l'ARS. Anne Lecoq conclut sur la nécessité du travail en mode projet, un pré-requis à tous les travaux transversaux que sont les démarches parcours. ///



## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

### Existe-t-il des similitudes avec la création d'un centre d'expert en psychiatrie du sujet âgé en région Île-de-France ?

Anne-Yvonne Even indique que la Bretagne travaille au dimensionnement des filières du sujet âgé. En outre, les groupes thématiques d'experts bretons dédiés à la personne âgée et à la gériopsychiatrie ciblent leurs travaux sur les troubles mentaux des sujets âgés, les troubles comportementaux et les démences.

# ATELIER 1

## DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL À LA FEUILLE DE ROUTE? DES IDÉES PRÉ-IDENTIFIÉES À LA « VRAIE VIE »



L'atelier animé par **Julien Marcelle**, ANAP

A réuni: **Dr. Thierry Dumais**, responsable du département secteur libéral, ARS Pays de la Loire / **Alexandre Farnault**, responsable du pôle innovation et démocratie sanitaire, ARS Île-de-France

Dans le cadre de PAERPA, les ARS pilotes ont mené des diagnostics territoriaux transversaux portant sur les différents champs de la santé des personnes âgées (social, sanitaire, médico-social), tant d'un point de vue des besoins populationnels que de l'offre présente sur le territoire. Ces travaux ont permis de définir des actions précises répondant à des besoins avérés sur les territoires et non pas en fonction d'actions pré-identifiées en amont.

**A**lexandre Farnault et Thierry Dumais rappellent que même si la méthode de diagnostic territorial fait appel à des compétences existantes au sein des ARS, les agences sont souvent organisées en silo et n'ont pas l'habitude d'assurer une telle transversalité. Le travail collaboratif et collectif entre services et partenaires s'avère donc nécessaire.

Le diagnostic territorial permet aux ARS de constater qu'elles n'ont pas toujours une connaissance fine de leur territoire ou du parcours de santé des personnes âgées. Ce décalage est notamment dû à un manque de moyens afin de réaliser une observation fine des données disponibles. Il est important d'aller le plus loin possible dans le diagnostic en identifiant le besoin d'informations complémentaires permettant d'affiner l'analyse de la population et du territoire, par exemple avec des données sociologiques, sur l'habitat, l'isolement, ou au niveau infra territorial. Il convient également d'analyser les données acteur par acteur afin d'insuffler une démarche de changement.

L'analyse quantitative est un 1<sup>er</sup> niveau d'information qu'il est utile de compléter avec des entretiens ciblés et qualitatifs permettant *in fine* d'orienter les axes de travail. En outre, PAERPA nécessite une interaction permanente et des allers-retours

réguliers entre les différents acteurs afin d'entrer dans une démarche de dialogue. C'est la raison pour laquelle, des entretiens ont été réalisés auprès d'acteurs des territoires: SAAD, SSIAD, CH, EHPAD... (environ 20-30 entretiens), source importante d'échange. Ainsi, **le diagnostic territorial permet de préciser des intuitions et d'éviter les contre-intuitions.**

Alexandre Farnault et Thierry Dumais évoquent la nécessité de partager les résultats du diagnostic, les données qualitatives et quantitatives, notamment aux instances de gouvernance. S'ils ne recensent pas de blocages quant à la réception du diagnostic sur leurs territoires, certains acteurs ont pu être surpris par les résultats, notamment les hôpitaux pour qui la démarche parcours implique une remise en question forte de leur mode de fonctionnement nécessitant un accompagnement dédié. Les besoins identifiés suite au diagnostic territorial vont parfois au-delà du cadre du cahier des charges national PAERPA, notamment concernant les systèmes d'information. En effet, dans ce domaine, on recense un manque d'interopérabilité et donc une nécessité de décloisonnement des données entre secteurs (particulièrement entre ville et hôpital). Cet enjeu est relayé par les professionnels, qui sont en attente d'outils pour aller plus vite et partager l'information. Dans l'ensemble les demandes de terrain concernent moins des allocations de moyens financiers supplémentaires, mais davantage d'outils, des process et de la méthodologie.

En conclusion, il est rappelé qu'il est primordial de parler de diagnostic territorial partagé: le diagnostic doit faire l'objet d'un échange permanent entre les différents acteurs afin d'être utile à la construction d'actions d'amélioration. Par ailleurs, la notion de parcours est à spécifier: il n'existe pas un seul parcours comme il n'y a pas une seule personne âgée, mais bien des parcours. ///



### ÉCHANGES AVEC LA SALLE

**Quelles sont les clés pour maintenir une dynamique tout au long du diagnostic ?** Alexandre Farnault et Thierry Dumais précisent que la communication continue est une clé pour maintenir la mobilisation. Entretiens et interaction systématique avec les acteurs sont donc essentiels.

**Est-il nécessaire de fixer des objectifs et des actions en amont du diagnostic ?** Alexandre Farnault indique que le diagnostic est une condition permettant d'allouer les bonnes ressources et que le politique a jugé nécessaire d'évaluer les actions avant toute mise en place.

**Quel est le niveau de précision du diagnostic ?** Thierry Dumais rappelle que le diagnostic doit avoir une fin et que le phasage projet doit permettre de lui donner un temps d'arrêt.

**Qui rédige les fiches-action ?** Alexandre Farnault et Thierry Dumais indiquent que l'ARS les a rédigées mais que les professionnels de santé sont pro-actifs dans la démarche.

**Comment améliorer le temps d'obtention de données de l'Assurance maladie ?** Alexandre Farnault et Thierry Dumais rappellent que si dans le cadre du diagnostic, les ARS ont travaillé en lien les CPAM, elles ont parfois rencontré des difficultés et obtenu les données tardivement. Cependant, dans PAERPA, les ARS pilotes ont pu bénéficier de la production d'indicateurs au niveau national. Cela a néanmoins fait apparaître la nécessité de disposer d'une capacité d'extraction de ces données au sein des agences, voire la création de nouveaux métiers.

# ATELIER 2

## L'ORGANISATION DE LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI, UN OUTIL PAERPA



L'atelier animé par **Sophie Moreau-Favier** de la CNSA

A réuni: **Gwenola Rey**, chargée de mission PAERPA, ARS Lorraine / **Estel Queral**, chef de projet PAERPA, ARS Centre / **Laure Blanc**, directrice SSIAD ADMR 37, porteur MAIA Est Indre-et-Loire

La Coordination territoriale d'appui (CTA) est un moyen de coordination — et non pas une structure — décrit dans le cahier des charges national PAERPA. Sept missions y sont précisées autour de l'information, l'adressage et la gestion. Permettant d'articuler les dispositifs existants, la CTA doit répondre au principe de subsidiarité: on ne crée ou ne finance rien qui n'existe déjà. Les réflexions menées dans les territoires pilotes permettent de recenser et réorganiser la coordination déjà existante, notamment en ce qui concerne l'articulation avec les MAIA et se doit d'être transparente pour les usagers.

Les ARS intervenantes expliquent que la réflexion menée autour de la CTA peut être utile à chaque ARS car celle-ci permet de questionner le positionnement des missions de chacun des acteurs de la coordination et de l'intégration sur un territoire, puis de le clarifier. En effet, ces acteurs peuvent remplir des missions identiques alors que d'autres ne sont menées par personne. Charge aux ARS d'accompagner les acteurs pour répondre aux besoins réels de la population.

### L'EXEMPLE DE LA RÉGION CENTRE

#### LA MÉTHODOLOGIE DÉPLOYÉE SUR LE TERRITOIRE PILOTE POUR CHOISIR L'ACTEUR PORTEUR DE LA FUTURE CTA.

Pour la région Centre, Estel Queral présente la méthodologie déployée sur le territoire pilote pour choisir l'acteur porteur de la future CTA. Plusieurs acteurs étaient légitimes pour son

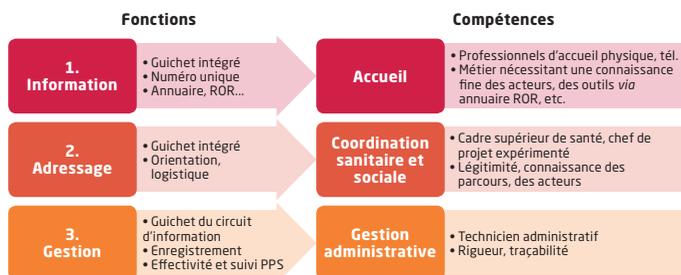
portage. Un outil de cartographie des acteurs a permis un recensement ainsi que la mise à plat pour chaque acteur travaillant à la coordination et à l'intégration des territoires d'intervention, des missions, du cadre législatif et des ressources. **Ce travail a permis d'identifier et d'analyser les missions déjà réalisées, les éventuels doublons ou carences sur le territoire (missions réelles vs missions attendues) afin de travailler à une meilleure cohérence des dispositifs existants.** L'ARS revient sur la difficulté de négociation avec les structures ne relevant pas du champ de l'agence (CLIC et Services d'Aides A Domicile (SAAD) par exemple relevant du Conseil général) sur une temporalité courte. Un partenariat solide avec le Conseil général s'avère donc essentiel.

#### DISPOSITIFS MAIA-PAERPA: UN OBJECTIF COMMUN

Confirmant l'intérêt des travaux réalisés, Laure Blanc évoque les nombreuses similitudes entre les dispositifs MAIA et PAERPA puisqu'ils partagent un objectif commun: la construction d'un parcours de santé coordonné selon un principe de coresponsabilité afin d'éviter les ruptures. En Indre-et-Loire, ce travail de rapprochement a notamment permis d'unifier les instances de pilotage tactiques MAIA et PAERPA.

Sophie Moreau-Favier rappelle les bases de la méthode MAIA, une méthode d'intégration des acteurs favorisant le maintien de l'autonomie à domicile déployée à l'échelle nationale. Cette méthode est organisée autour de trois axes: les instances de concertation stratégique et tactique afin que les professionnels construisent les outils répondant aux dysfonctionnements; le guichet intégré permettant aux professionnels de fournir une

### 7 missions > 3 fonctions > des compétences





## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

### Le repositionnement des acteurs dépend-il d'un rapport de force ?

Gwenola Rey rappelle l'importance de « retourner dans les textes », cet « à plat » réglementaire permettant d'objectiver les missions et périmètres d'intervention de chacun. Estel Queral ajoute que le repositionnement de certains acteurs sur leurs domaines de compétence doit nécessiter un dialogue de gestion ARS-Conseil général-opérateurs.

### Quel est le rôle du pilote MAIA par rapport à la CTA ?

Les ARS s'accordent à dire que si le rôle de repositionnement des acteurs peut effectivement être tenu par les pilotes MAIA, les difficultés inhérentes liées aux structures porteuses de la MAIA peuvent influencer ainsi que la CTA qui va au delà de la MAIA notamment sur l'appui au 1<sup>er</sup> recours. Estel Queral et Gwenola Rey précisent en outre que les dispositifs CTA et MAIA permettent de mettre les acteurs des 3 champs autour de la table ainsi que l'ensemble des institutionnels mais que l'appui au 1<sup>er</sup> recours va au-delà des missions de la MAIA. Laure Blanc précise en outre que PAERPA a été un accélérateur au développement de la MAIA qui était en cours d'installation.

### Quelles compétences seront nécessaires à la constitution des équipes ressource CTA ?

La CTA fonctionne, à l'instar d'une MAIA, sur la base d'un guichet intégré avec les acteurs et missions déjà existants sur le territoire. Certaines missions peuvent être nouvelles comme la gestion des PPS. Cette action peut nécessiter un soutien logistique et administratif ; un profil de gestionnaire peut donc être recruté pour cette nouvelle mission. En illustration, Estel Queral et Gwenola Rey prévoient le recrutement d'un coordonnateur médico-social au sein de la CTA de profil IDE permettant notamment d'aiguiller les professionnels de 1<sup>er</sup> recours sur le social.



**QUEL QUE SOIT LE MOT QU'ON LUI TROUVE, DIAGNOSTIC, CARTOGRAPHIE DES ACTEURS... L'IMPORTANT EST DE BIEN COMPRENDRE QUI FAIT QUOI SUR LE TERRITOIRE.**

réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers en les orientant vers la bonne ressource ; la gestion de cas pour les personnes âgées en situations complexes. **La CTA se met en place selon les principes de la méthode MAIA, et dans un souci de gouvernance cohérente des acteurs et de simplification du parcours pour les usagers. Le message commun est que la coordination est un pré-requis à l'intégration des acteurs qui favorise la modification du système.**

Estel Queral précise que la CTA est portée par la MAIA du fait de la forte proximité des fonctions MAIA et CTA. Des échanges réguliers ont été nécessaires entre l'ARS et les acteurs de terrain afin que chacun puisse appréhender la CTA comme un guichet intégré piloté par la MAIA, où chaque acteur conservait ses missions selon le principe de subsidiarité appliqué et où seules les nouvelles réponses aux besoins non pourvus pouvaient bénéficier de financements dédiés si besoin.

## L'EXEMPLE DE LA RÉGION LORRAINE

### ANALYSER LES RÔLES ET MISSIONS DES ACTEURS DE LA COORDINATION ET DE L'INTÉGRATION

S'agissant du second exemple en Lorraine, Gwenola Rey confirme que les échanges autour de la CTA ont été bénéfiques pour analyser précisément les rôles et missions des acteurs de la coordination et de l'intégration : « *Quel que soit le mot qu'on lui trouve, diagnostic, cartographie des acteurs... l'important est de bien comprendre qui fait quoi sur le territoire* ». Sur le territoire urbain du Grand Nancy, les réflexions autour de la CTA ont permis d'identifier des doublons de coordination sur une offre multiple, puis de clarifier et articuler les missions de chacun (CLIC, réseau Cuny, plateforme de coordination SSIAD-SSR, pilote MAIA, gestionnaires de cas, dispositif ville-hôpital, etc.). Suite à cette analyse, l'ARS a conclu qu'il n'y avait pas d'offre à créer, mais une articulation à réinventer permettant d'engager un dialogue constructif avec les acteurs qui peuvent avoir des logiques différentes.

### UN REPOSITIONNEMENT DES ACTEURS LES UNS PAR RAPPORT AUX AUTRES

L'ancrage déjà ancien de nombreux acteurs sur le territoire laissait présager une identification aisée de la structure ressource de la CTA mais, *in fine*, l'ARS a rencontré des difficultés pour construire une gouvernance idoine. Il a fallu travailler au repositionnement des acteurs les uns par rapport aux autres et faire partager les conclusions de ces travaux. On relèvera que certaines offres existantes restent sous-utilisées (accès aux solutions d'aval, alternatives aux urgences) et nécessiteront dès lors un besoin d'accompagnement.

Pour l'ARS, le bénéfice vient essentiellement du fait de la ré-interrogation des structures en dehors du dialogue de gestion classique (avec la difficulté complémentaire déjà relevée par l'ARS Centre de négocier avec les structures non financées par l'ARS) dans le but de réorganiser les actions selon un angle territorial. *In fine*, sur le Grand Nancy, le réseau et le CLIC deviennent co-porteurs de la CTA car ils répondent chacun à une partie des missions attendues.

En conclusion, Gwenola Rey rappelle la nécessité d'évaluer la « capacité à faire » de l'ARS avant de se lancer dans ce type de dispositif ainsi que l'importance du dialogue avec les acteurs

terrain dans les travaux de repositionnement des missions de chacun. Par ailleurs, le travail en mode projet est une condition de réussite nécessaire d'une telle démarche car elle doit garantir la possibilité de mobilisation de l'ensemble des directions d'ARS.

Enfin, Gwenola Rey et Dr. Estel Queral indiquent que la CTA telle que définie sur leurs territoires comportera

une double entrée : usagers et professionnels. Lorsque des accueils physiques et numéros uniques existent déjà (CLIC, Centre communal d'action sociale (CCAS), Maison des solidarités (MDS)), ils sont bien entendu conservés. Lorsqu'un besoin nouveau est répertorié, charge à la CTA de le combler (ex : numéro unique pour les professionnels de 1<sup>er</sup> recours, actions complémentaires de prévention à déployer). Dans les deux cas, un règlement de la CTA sera élaboré et signé par l'ensemble des structures de coordination et d'intégration, un système d'information sera développé et si besoin, des professionnels seront recrutés, notamment une IDE coordonnatrice permettant d'assurer un appui au 1<sup>er</sup> recours. ///

# ATELIER 3

## FILIÈRES GÉRIATRIQUES : COMPOSANTES, LABELLISATION ET PARCOURS



L'atelier animé par **Cécile Balandier** de la DGOS

A réuni: **Jérôme Lacassagne**, chargé de mission, Direction stratégie et projet, ARS Rhône-Alpes /

**Serge Fayolle**, responsable de la cellule « Planification médico-sociale personnes âgées » ARS Rhône-Alpes

Les filières gériatriques et gérontologiques sont garantes d'une meilleure cohérence du parcours de santé mais la connaissance de leur activité reste encore limitée, le cadre législatif n'étant pas strict à ce sujet. En région Rhône-Alpes, l'ARS a travaillé au déploiement de filières en s'appuyant notamment sur la mise en place d'Équipe mobile gériatrique (EMG) extrahospitalières et les positionne en tant qu'outils d'aide à la planification.

### RAISONNER EN TERMES DE « PARCOURS »

Cécile Balandier rappelle que les circulaires du 18 mars 2002 puis du 18 mars 2007 ont défini la filière gériatrique et ses conditions d'organisation aussi bien en intrahospitalier qu'en extrahospitalier afin d'améliorer la prise en charge de la personne âgée polyopathologique. Dans ces textes, les filières sont principalement axées sur les structures hospitalières (court séjour gériatrique, Soins de suite et de réadaptation gériatrique, Unité de soins longue durée...) et leur objectif premier portait sur le déploiement de lits de court séjour gériatriques. Cécile Balandier note qu'aujourd'hui l'enjeu porte davantage sur les équipes mobiles gériatriques (EMG), véritable bras armé de la filière car garante de son implantation sur un territoire.

Dr. Marie-Dominique Lussier souligne qu'aujourd'hui l'usage même du mot « filière » peut être remis en cause en extrahospitalier, où il paraît plus opportun de raisonner en termes de « parcours ».



**L'ARS SOUHAITE QUE LES FILIÈRES DEVIENNENT DES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION AU SERVICE DE LA PLANIFICATION, DE L'ORGANISATION ET DE LA RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES, DONC DES LEVIERS DANS LA CONSTRUCTION DU PARCOURS COORDONNÉ.**

### L'EXEMPLE DE LA RÉGION RHÔNE-ALPES : LE DÉPLOIEMENT DE FILIÈRES GÉRONTOLOGIQUES

Jérôme Lacassagne présente le dispositif de l'ARS Rhône-Alpes développé en 2009 sur la base des circulaires de 2002 et de 2007. Le projet porte sur le déploiement de filières gérontologiques. Il est à noter que le terme gériatrique a été rapidement abandonné car trop sanitaire au profit du terme gérontologique, plus fédérateur pour l'ensemble du secteur. Les filières ont été développées dans un souhait de couverture de l'ensemble de la région et dans une logique de proximité et de flux de population donc en s'émancipant des frontières administratives. Sur la région, on dénombre actuellement 30 filières gérontologiques, 12 d'entre elles sont interdépartementales.

Ces filières ont été développées au-delà de l'aspect soignant, dans une véritable logique de parcours de santé. En effet, elles sont directement pilotées par des professionnels (du sanitaire, du médico-social et du social) et associent des représentants des usagers qui décident à partir d'un diagnostic des actions à mettre en place : plan d'action, formation, répertoire, mobilité et les contractualisent dans le cadre d'une charte de filière. Les huit conseils généraux de la région sont associés au pilotage. L'ARS souhaite que les filières deviennent des outils d'aide à la décision au service de la planification, de l'organisation et de la répartition des établissements et services en direction des personnes âgées, donc des leviers dans la construction du parcours coordonné. Serge Fayolle présente certains leviers mis en place par l'ARS Rhône-Alpes pour atteindre cet objectif : des EMG extrahospitalières sont jointes à une astreinte téléphonique assurée par un gériatre en journée. L'attente est forte de la part des médecins sur ce dispositif d'ores et déjà déployé sur 17 des 30 filières de la région. L'ARS souhaite en développer 27 au total pour augmenter son maillage territorial.

Serge Fayolle indique que le bilan de la mise en place des filières en région Rhône-Alpes est positif avec une couverture totale de la région et une réelle implication des acteurs qui sont force d'initiative. La prochaine étape consiste à structurer et mettre en œuvre la récolte de données et l'évaluation de l'activité des filières, notamment via un outillage en SI afin de les remettre à disposition des acteurs de terrain pour consolider les travaux respectifs.

## L'ÉVALUATION DES FILIÈRES GÉRIATRIQUES

Cécile Balandier, rappelle que l'évaluation des filières est un véritable enjeu, également au niveau national. En effet, les circulaires ne prévoient pas d'évaluation et deux notions pourtant essentielles en sont absentes : les SI et les indicateurs.

Dr. Marie-Dominique Lussier souligne cependant que certaines questions-clés permettent d'évaluer une filière, notamment :

- Combien d'hospitalisations aux urgences sont évitées grâce aux EMG?
- Quels sont les profils de personnes qui ont le plus de mal à trouver des places?
- Quel est l'impact de la filière sur le territoire?

**Dans le cadre de PAERPA, les diagnostics territoriaux ont révélé des difficultés à obtenir des informations sur l'activité des filières.** Ce programme est donc une opportunité pour travailler sur le dimensionnement de ressources, notamment en dotant les filières d'un SI dédié et interopérable.

En région Rhône-Alpes l'ARS souhaite confier la collecte de données aux filières en les dotant d'un véritable SI avec la possibilité de réutiliser les travaux déjà conduits (annuaires

des acteurs par exemple), comme l'évoque Dr. Jérôme Lacassagne. Le besoin est prégnant compte tenu du nombre important d'acteurs et de la nécessité pour les filières de disposer des informations sur l'ensemble des dispositifs. Serge Fayolle souligne qu'en terme opérationnel, l'ARS souhaite doter les filières « d'assistant filière » recruté par un EHPAD ou un établissement de santé pour répondre à ces besoins : récupération de données d'activité, indicateurs, mais aussi développement du SI partagé afin de favoriser l'échange de bonnes pratiques entre filières. ///



### ÉCHANGES AVEC LA SALLE

LES REMARQUES DES ARS ONT FAIT ÉMERGER LES PISTES DE RÉFLEXION SUIVANTES :

- **Le besoin de simplification de la récolte des données et l'accès au SNIIRAM.**
- **L'opportunité d'un groupe de travail au niveau national dédié au dimensionnement et à l'activité des EMG (champ d'intervention, différenciation intra/extra, évaluation du temps d'orientation...)**



# CONCLUSION

## UNE NOTION DE PARCOURS REFLÉTANT LA RÉALITÉ DU TERRAIN



**Dr. Christian Espagno,**  
Directeur du pôle déploiement  
et maintenance, ANAP

### LA DIFFUSION D'OUTILS, D'EXPÉRIENCES ET DE SAVOIR-FAIRE AUPRÈS DES ARS

Dr. Christian Espagno rappelle que ce séminaire consacré à PAERPA et aux parcours de santé est important pour l'ANAP à deux titres. D'une part, si la notion de parcours est aujourd'hui à la mode et parfois employée de façon incohérente, son usage ne doit pas en être galvaudé. Il est donc indispensable de la rendre plus concrète pour qu'elle puisse refléter la réalité du terrain, des personnes et des acteurs. C'est le rôle de l'ANAP d'y répondre et cette journée y participe pleinement. D'autre part, le programme PACSS 2<sup>e</sup> génération, véritable enjeu pour l'ANAP, s'ouvre avec ce premier séminaire. Il promeut la diffusion d'outils, d'expériences et de savoir-faire auprès des ARS.

### DEUX LEVIERS INCONTOURNABLES POUR LA MISE EN PLACE DE PAERPA

Dr. Christian Espagno indique deux leviers incontournables pour la mise en place de parcours pour les personnes âgées en risques de perte d'autonomie.

Tout d'abord, **l'importance de la mobilisation des acteurs de 1<sup>er</sup> recours**. Incontournable mais difficile à mobiliser, le soignant de 1<sup>er</sup> recours est pourtant le pivot du parcours de santé. Sa mobilisation dépend de la lisibilité qui lui est apportée (missions et rôles de chacun), et des moyens, notamment pour ses fonctions de coordination. Les incitatifs (*via* rémunération ou formation) autour de ces travaux de coopération sont donc une piste de travail.

Deuxièmement, **la nécessaire fluidité du parcours, dépendante des systèmes d'information et des enjeux organisationnels**. Le besoin d'outils SI interopérables et permettant aux acteurs de communiquer entre eux et de partager des données médicales nomenclaturées est réel et prégnant. Le DMP 2<sup>e</sup> génération prend actuellement un virage opérationnel et il est essentiel de convaincre les professionnels de son utilité. La fluidité du parcours dépend également d'un niveau organisationnel. La future loi de santé prévoit en ce sens la création de plateformes territoriales.



Pour en revenir à la nécessité de donner du sens à la notion de « parcours de santé », il n'est aujourd'hui pas évident qu'un usager puisse l'expliquer. Il est donc du devoir des acteurs que nous sommes de faire en sorte de lui apporter cette réponse. ///

### Équipe PAERPA

Marie-Dominique Lussier  
Julien Marcelle  
Axelle Pruvot  
Claire Musiol  
Claire PrévotEAU  
Claudine Olhagaray  
Émilie Duchange  
Eva Battaglia  
Jacques-Henri Veyron  
Noémie Pierron

### Équipe PACSS ARS

Thierry Mulsant  
Christine Kiener  
Audrey Spiteri  
Lamia Mehira-Tourret  
Philippe Gérard-Dematons



Conception  
et réalisation :  
**Efil** - [www.efil.fr](http://www.efil.fr)  
Crédit photos : **ANAP**  
Imprimé par Corlet  
imprimeur sur du  
papier PEFC

**ANAP**

appui santé & médico-social

Retrouvez les publications de  
l'ANAP en téléchargement sur  
**www.anap.fr**



Suivez l'ANAP sur twitter  
 @anap\_sante

Agence Nationale d'Appui à la Performance  
des établissements de santé et médico-sociaux

23, avenue d'Italie - 75013 Paris  
01 57 27 12 00 - contact@anap.fr

