



**Inspecteurs de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2011-2013**

18 janvier 2013

Mémoire professionnel

***L'animation territoriale au cœur d'un projet
d'amélioration des parcours de santé des personnes
âgées. L'exemple du projet ARS-ANAP mené dans les
9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris.***

Nicolas COUZINET

Remerciements

Mes remerciements les plus chaleureux vont à l'ensemble des personnes travaillant à la délégation territoriale de Paris de l'ARS d'Ile-de-France qui m'ont aidé pour ce mémoire. Je pense notamment à Sylvie Bidon, ancienne responsable du département « établissements de santé » de la DT, qui en tant que maître de stage, m'a proposé de travailler sur ce projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.

Je remercie également Rodolphe Dumoulin, ex délégué territorial de Paris, chargé du pilotage du projet, Aude Boucomont, ancienne cheffe du pôle « offre de soins et médico-sociale », qui a suivi le projet dès son lancement, Mathilde Chapet, qui l'a remplacée au sein de l'équipe-projet de la DT, ainsi que Anne Lemoine-Pape, responsable des affaires générales et de la coordination des actions au sein de la direction de la santé publique de l'ARS d'Ile-de-France, anciennement responsable de la formation des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale. Tous m'ont apporté de précieux conseils pour l'élaboration de ma problématique.

Enfin, je n'oublie pas non plus les professionnels qui ont accepté de me recevoir pour des entretiens toujours enrichissant : Claire Lansac, attachée d'administration hospitalière au Groupe hospitalier Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal (AP-HP), Claude Cormier, responsable du CLIC Paris Emeraude Nord-Est, Nadine Idalgo, directrice du Réseau de santé Paris-Nord, le Docteur Marie-Dominique Lussier et Claire Musiol, de l'ANAP, ainsi que Sophie Banon et Adrien Boustani, du cabinet Antares Consulting.

Liste des sigles utilisés

ALD : Affections de Longue Durée ;
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie ;
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris ;
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation ;
ARS : Agence Régionale de Santé ;
ASH : Aide Sociale à l'Hébergement ;
AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux ;
CASF : Code de l'Action Sociale et de la Famille ;
CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris ;
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire ;
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (cf. PPE) ;
CLIC-PENE : CLIC Paris Emeraude Nord-Est ;
CLS : Contrat Local de Santé ;
CMP : Centre Médico-Psychologique ;
CMU : Couverture Maladie Universelle ;
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ;
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ;
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance-Maladie ;
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ;
DGS : Direction Générale de la Santé ;
DMS : Durée Moyenne de Séjour ;
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ;
DT : Délégation Territoriale ;
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ;
EMG : Equipe Mobile de Gériatrie ;
EMU : Equipe Mobile d'Urgence ;
ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux ;
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins ;
FIR : Fonds d'Intervention Régional ;
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire ;
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale ;
GH : Groupe Hospitalier ;

GIR : Groupe Iso-Ressource ;
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique ;
HAD : Hospitalisation à Domicile ;
HAS : Haute Autorité de santé ;
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie ;
HPST : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires ;
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale ;
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales ;
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale ;
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer ;
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique ;
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées ;
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation ;
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique ;
MRS : Mission Régionale de Santé ;
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération ;
OGD : Objectif Global de Dépenses ;
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie ;
PICSA : Programme Insuffisance Cardiaque chez le Sujet Agé ;
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale ;
PPE : Point Paris Emeraude (cf. CLIC) ;
PRS : Projet Régional de Santé ;
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé ;
RSI : Régime Social des Indépendants ;
RSPN : Réseau de Santé Paris-Nord ;
SAD : Service d'Aide à Domicile ;
SDOS-MS : Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale ;
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale ;
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins ;
SRP : Schéma Régional de Prévention ;
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile ;
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ;
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie ;
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé ;
USLD : Unité de Soins Longue Durée ;

Sommaire

Introduction.....	9
I - Des « parcours de soins » aux « parcours de santé » : l'évolution des modalités d'organisation de la prise en charge des personnes âgées, un enjeu de qualité et d'efficience pour le système de santé.....	14
1.1 La notion de « parcours de soins » : une réponse aux besoins des personnes âgées fondée sur une offre insuffisamment coordonnée et centrée sur les épisodes de soins.....	14
1.1.1 La notion de « parcours de soins » : une volonté ancienne de mieux coordonner la prise en charge des personnes âgées.....	14
1.1.2 Une multiplicité des dispositifs de coordination peu lisible et pâtissant d'un cloisonnement sectoriel des acteurs.....	17
1.1.3 La création des ARS par la loi HPST : une réforme des instances de la politique régionale de santé au service d'une coordination transversale de la prise en charge des personnes âgées.....	19
1.2 La notion de « parcours de santé » : un nouveau paradigme au service de la qualité de la prise en charge des personnes âgées et de l'efficience du système de santé.....	22
1.2.1 Le débat sur la dépendance de 2011 : une fenêtre d'opportunité pour renouveler la réflexion autour des parcours de soins des personnes âgées dépendantes.....	22
1.2.2 Les expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012 : une étape intermédiaire vers le développement des « parcours de santé » des personnes âgées.....	25
1.2.3 L'amélioration des « parcours de santé » des personnes âgées : une priorité du nouveau projet régional de santé d'Ile-de-France.....	28

II - Le projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris : faire émerger une « responsabilité populationnelle collective » sur un territoire marqué par des jeux d'acteurs complexes.....31

2.1 Le diagnostic du territoire « 9-10-19 » mené par l'ANAP : une démarche partagée avec les acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.....31

2.1.1 Les objectifs du projet et le choix d'un territoire caractérisé par une fragilité socio-économique et la présence d'un établissement de santé pivot à forte activité.....31

2.1.2 Analyse populationnelle et cartographie de l'offre de santé du territoire : la nécessité de recentrer l'offre gériatrique sur l'extra-hospitalier pour répondre aux besoins futurs des personnes âgées.....33

2.1.3 La méthodologie *Balance of Care* : définir des parcours appropriés à une population de personnes âgées segmentée en « profils de besoins ».....37

2.2 La définition et la mise en œuvre d'une feuille de route ambitieuse : des pré requis en matière de coordination et des jeux d'acteurs complexes à réguler.....39

2.2.1 Les trois leviers de l'amélioration de la coordination des acteurs du territoire : la fusion des CLIC-PPE, la création d'une MAIA et la mise en place d'un annuaire gérontologique.....39

2.2.2 La définition d'une feuille de route ambitieuse déclinée en trois axes et six actions.....42

2.2.3 La mise en œuvre de la feuille de route : des jeux d'acteurs complexes à réguler.....45

III - Le développement de la fonction « animation territoriale » chez les IASS de la délégation territoriale de Paris, un enjeu pour la réussite du projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.....49

3.1 Un projet multi partenarial complexe présentant un enjeu d'animation territoriale important, piloté par l'ARS d'Ile-de-France en lien avec l'ANAP.....49

3.1.1 Un transfert progressif du pilotage du projet du siège de l'ARS d'Ile-de-France à la DT de Paris.....49

3.1.2 L'externalisation de la fonction ingénierie de projet : quelle place pour la DT de Paris ?.....51

3.1.3 Des logiques d'acteurs plurielles à agencer en mode projet : un rôle central de l'animation territoriale à deux niveaux distincts du nouveau schéma de gouvernance.....53

3.2 Le développement de la fonction « animation territoriale » chez les IASS de la délégation territoriale de Paris, facteur essentiel de la réussite du projet et de sa réplication sur d'autres territoires.....	56
3.2.1 L'animateur territorial en ARS : un ingénieur de projets transverses à mobiliser, afin d'optimiser le pilotage du contrat de territoire, d'évaluer les actions et de répliquer la démarche.....	56
3.2.2 La réorganisation de la DT de Paris : une opportunité pour le développement de la fonction animation territoriale, à compléter par une politique de formation ambitieuse.....	59
3.2.3 Recommandations pour l'animateur territorial de la DT de Paris et l'animateur/référent de programme.....	61
Conclusion.....	66
Sources et bibliographie.....	68
Annexes.....	73
Résumé.....	91

Introduction

Depuis les années 1990, la question de la dépendance est devenue l'une des priorités affichées par les gouvernements successifs, du fait notamment de l'augmentation de l'espérance de vie (65 ans en 1945, près de 82 ans aujourd'hui) et du vieillissement de la population qui en résulte. La dépendance correspond à la perte d'autonomie partielle ou totale dans les actes de la vie quotidienne chez les personnes âgées de plus de 60 ans. A l'heure actuelle, la proportion des gens potentiellement concernés par ce nouveau risque social a cru jusqu'à atteindre environ 22% de la population. Aussi, le défi de la dépendance est présent et à venir, dans la mesure où on estime à l'horizon 2030 une augmentation de 35% de la population de personnes âgées dépendantes et un doublement à l'horizon 2060¹.

En effet, si l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne également d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité, on sait cependant qu'après 75 ans, les problèmes de dépendance s'accumulent, liés notamment au développement de polyopathologies invalidantes tant sur le plan physique que psychique². Par ailleurs, l'intrication fréquente de ces dernières avec des problèmes sociaux rend la prise en charge de ces personnes d'autant plus singulière, et nécessite une coordination entre les établissements et services des champs sanitaire, social et médico-social.

Aussi, parallèlement au financement du développement des diverses modalités de prise en charge sociales et médico-sociales, le vieillissement de la population pose diverses questions relatives à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes, à l'optimisation de la gestion des séjours gériatriques dans les établissements de santé et à la coordination de leurs parcours de soins dans le système de santé.

Au niveau national, la prise de conscience des enjeux liés à la période de transition épidémiologique qui s'amorce, et qui se traduit par la conjugaison du vieillissement de la population française et de la hausse de la prévalence des maladies chroniques, s'est traduite progressivement en termes de politiques publiques.

Dans un premier temps, différents plans gouvernementaux, tels que le « Plan Solidarité Grand Age » (2007-2012) et le Plan Alzheimer (2008-2012), ont eu pour objectif d'augmenter et de diversifier l'offre d'établissements et de services médico-sociaux à destination des personnes âgées dépendantes. Parallèlement à la mise en place de ces plans, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients,

¹ La population dépendante de métropole passerait ainsi de 1,15 million en 2010 à 1,55 million en 2030, puis à 2,3 millions en 2060. Cf. Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, *Synthèse du débat national sur la dépendance*, 21 juin 2011, p.11.

² D'après l'IGAS, la fréquence des pathologies chroniques augmente fortement avec l'âge pour atteindre plus de six pathologies au-delà de 80 ans. Cf. FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, mai 2011, p.11.

à la santé et aux territoires (HPST) a eu pour objectif, avec la création des agences régionales de santé (ARS), de parvenir à une coordination transversale de la prise en charge des personnes âgées grâce au pilotage désormais rapproché des secteurs sanitaire et médico-social.

Dans un second temps, cette prise de conscience s'est traduite par l'organisation en 2011 d'un débat national sur la dépendance, ainsi que par la publication d'un certain nombre de rapports issus notamment du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie (HCAAM)³ et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)⁴.

Ces études ont notamment contribué à substituer à la notion de « parcours de soins » celle de « parcours de santé », et à faire de cette dernière un nouveau paradigme de politique publique au service d'une meilleure qualité dans la prise en charge des personnes âgées et de l'efficacité du système de santé. En effet, alors que la notion de parcours de soins constituait une réponse aux besoins des personnes âgées fondée sur une offre insuffisamment coordonnée et centrée sur les épisodes de soins, celle de « parcours de santé » peut être définie, pour une personne ayant des caractéristiques données (médicales, psychiques, sociales, environnementales, etc.), comme une des trajectoires possibles qui nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social⁵. L'enjeu est que chaque besoin trouve une réponse de proximité « au bon niveau et au bon moment », et de dresser, à l'échelle d'une population d'un territoire circonscrit, des typologies de parcours en organisant au mieux les ressources existantes.

Né en 2010, le projet mené par l'ARS d'Ile-de-France avec le soutien de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)⁶ relatif à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris s'inscrit dans une expérimentation et un accompagnement national de l'ANAP avec deux autres ARS (celle des Pays-de-la-Loire et du Languedoc-Roussillon). Ce projet fait sens avec les objectifs fixés dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS) d'Ile-de-France, visant à « garantir à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé »⁷ et dans le Projet régional de santé (PRS) 2012-2017, qui affirme une « responsabilité populationnelle »⁸ collective, partagée par les différents acteurs de santé d'un territoire donné.

³ HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance-maladie*, 22 avril 2010 ;

HCAAM, *Assurance-maladie et perte d'autonomie*, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, 23 juin 2011.

⁴ FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J.), SITRUK (P.), *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, mai 2011.

⁵ Secrétariat général des ministères sociaux, *L'amélioration du parcours de santé des personnes âgées. Etat de l'art*, janvier 2012, p.5.

⁶ Et du cabinet Antares Consulting.

⁷ Plan stratégique régional de santé d'Ile-de-France 2011-2016, p.66.

⁸ *Ibidem*, p.86.

Par ailleurs, le projet constitue un terrain potentiel d'expérimentation du dispositif énoncé dans l'article 70 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2012, qui vise à favoriser la continuité des parcours de santé des personnes âgées, notamment en prévenant leur hospitalisation avec hébergement et en améliorant la gestion de leur sortie de l'hôpital. Cet objectif représente un enjeu financier important pour l'Assurance-maladie (50 millions d'euros d'économie en Ile-de-France), au service d'une amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées, notamment par la réduction des pertes de chances liées aux ruptures aux différentes interfaces de la prise en charge.

Les trois arrondissements retenus pour le projet (9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème}) correspondent au territoire d'intervention de la filière de soins gériatrique portée par le Groupe hospitalier (GH) Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris). Globalement, le diagnostic réalisé par l'ANAP en 2011 sur ce territoire fait apparaître une offre de santé à destination des personnes âgées assez riche, mais insuffisamment coordonnée malgré les efforts à l'œuvre du fait d'un cloisonnement sectoriel des acteurs qui demeure. Au final, il est apparu que la prise en charge des personnes âgées restait souvent inappropriée et nécessitait la modélisation de parcours « types ».

A la réalisation de ce diagnostic de territoire, finalisé fin 2011, a succédé la définition d'une feuille de route comprenant six actions, construites avec les acteurs de terrain dans une démarche participative. Les objectifs généraux de la feuille de route peuvent être ainsi résumés :

- limiter les risques de ruptures aux différentes interfaces de la prise en charge ;
- améliorer la coordination et favoriser les échanges entre tous les acteurs locaux ;
- mieux différencier l'offre des différents acteurs et fluidifier le partage d'informations ;
- privilégier le maintien à domicile, la fluidité et la continuité des prises en charge ;
- développer les métiers émergents de nature à mieux répondre aux besoins ;
- éviter les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence (ou autres acteurs) et favoriser la réorientation de patients vers une offre plus adaptée et alternative.

L'un des objectifs de ce projet est de construire une gouvernance locale intégrant l'ensemble des acteurs stratégiques de la prise en charge des personnes âgées travaillant dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris. Concrètement, il s'agit pour la délégation territoriale (DT) de Paris de parvenir à la signature du premier « contrat de territoire » de la région. L'objectif de ce contrat est de concrétiser la volonté des acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées de partager une « responsabilité populationnelle collective » sur le territoire « 9-10-19 », dans le respect des missions respectives et de l'autonomie de chacun. Ce document présentera l'ensemble des actions du projet, en spécifiant pour chacun des acteurs partenaires les objectifs fixés et les indicateurs à suivre sur lesquels ils s'engageront.

Ce projet part de l'hypothèse selon laquelle le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social permet une amélioration de la prise en charge des personnes âgées. A cette fin, les modalités de gouvernance prévues dans le contrat de territoire prévoient la présence d'un animateur territorial « chargé de s'assurer de l'avancement de la mise en œuvre opérationnelle et de la centralisation de l'information afin de la partager »⁹. L'hypothèse de cette étude est que le développement de la fonction « animation territoriale » chez les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) de la DT de Paris est un facteur de réussite pour ce projet, et permettra à l'avenir de répliquer ce type de démarche à d'autres territoires d'intervention parisiens.

Il convient d'emblée de souligner que l'« animation territoriale » n'est pas en soi un concept récent ; elle part du constat ancien de l'efficacité limitée de la conception traditionnelle de l'action publique, qui s'imposerait de façon unilatérale aux acteurs de terrain, de manière réglementaire, verticale et descendante. Appliqué aux politiques de santé, l'objectif de l'animation territoriale est de « mettre en œuvre la stratégie de l'ARS sur le territoire de santé, en créant les conditions de l'adhésion et de la mobilisation des acteurs de santé en faveur des objectifs stratégiques de l'agence »¹⁰.

D'un point de vue professionnel, l'intérêt de ce mémoire est double. Il s'agira d'une part de porter une réflexion sur les leviers à la main des ARS permettant de décloisonner les secteurs sanitaire, social et médico-social dans le but d'améliorer les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire donné, et d'autre part, de parvenir à une définition rigoureuse de ce qui est attendu d'un « animateur territorial » sur ce type de projet, en sachant qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun référentiel au niveau national définissant de manière précise cette fonction qui peut être dévolue aux IASS au sein des ARS.

Aussi, nous nous demanderons comment les IASS de la DT de Paris peuvent s'approprier la fonction animation territoriale dans le but d'atteindre les objectifs du projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris, et de quelle façon sur le plan organisationnel, la gestion de ce type de projet peut-elle être assurée au sein d'une DT actuellement en cours de réorganisation.

Sur le plan méthodologique, outre une revue de la littérature existante sur le sujet de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées et l'étude de divers rapports issus notamment du HCAAM et de l'IGAS, sept entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les acteurs clefs du projet : ARS d'Ile-de-France (siège et DT de Paris), ANAP, Antares Consulting (cabinet d'études travaillant avec l'ANAP sur le projet), le GH Lariboisière-Saint-

⁹ ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, p.18.

¹⁰ ARS d'Ile-de-France, *Eléments de réflexion et de proposition relatifs au rôle des délégations territoriales en matière d'animation territoriale*, note interne, 2012.

Louis-Fernand Widal, le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique Paris Emeraude Nord-Est (CLIC-PENE) et le Réseau de santé Paris-Nord (RSPN). Le but de ces entretiens était notamment d'identifier les rôles de chacun des acteurs clefs au sein du projet, de recueillir leur point de vue sur la coordination des parcours de santé des personnes âgées sur le territoire « 9-10-19 » ainsi que sur la mise en œuvre des actions prévues dans le contrat de territoire, et enfin, de saisir leurs représentations du rôle de la DT de Paris et de l'animation territoriale dans la réussite du projet et sa possible réplique à d'autres territoires d'intervention parisiens¹¹.

Dans un premier temps, nous évoquerons de quelle façon s'est construite la notion de « parcours de santé » et en quoi l'évolution des modalités d'organisation de la prise en charge des personnes âgées représente un enjeu de qualité et d'efficacité pour le système de santé (I). Puis nous présenterons les enjeux du projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris, notamment du point de vue des jeux d'acteurs (II), avant de démontrer de quelle façon le développement de la fonction « animation territoriale » chez les IASS de la DT de Paris peut être un facteur de réussite du projet (III).

¹¹ Les grilles des différents entretiens menés figurent dans les annexes du présent mémoire.

I - Des « parcours de soins » aux « parcours de santé » : l'évolution des modalités d'organisation de la prise en charge des personnes âgées, un enjeu de qualité et d'efficience pour le système de santé

En matière de santé publique, la notion de « parcours » représente l'idée d'un ensemble d'actions coordonnées entre des acteurs de divers champs d'intervention d'un territoire donné. Comme nous allons le voir à présent, la notion de « parcours de soins », révélant une coordination gérontologique défailante, a progressivement évolué vers celle de « parcours de santé », prônant une approche plus transversale de notre système de santé, au service d'une meilleure efficience et d'une meilleure qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

1.1 La notion de « parcours de soins » : une réponse aux besoins des personnes âgées fondée sur une offre insuffisamment coordonnée et centrée sur les épisodes de soins

1.1.1 La notion de « parcours de soins » : une volonté ancienne de mieux coordonner la prise en charge des personnes âgées

Le 21 juin 2011, à l'occasion de la remise des quatre rapports des groupes de travail sur la dépendance, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, insistait sur « la nécessité de mettre fin au *parcours du combattant*, d'améliorer la coordination des intervenants autour de la personne âgée dépendante » et la nécessaire fluidification du parcours : « Pour garantir une prise en charge de qualité, la mise en place d'un parcours cohérent, coordonné et adapté paraît primordiale »¹².

Cette déclaration atteste l'idée que la notion de « parcours » dans le champ des personnes âgées est liée à la volonté, ancienne, d'améliorer la coordination des différents acteurs de leur prise en charge.

Du point de vue étymologique, un « parcours » désigne « le fait de se déplacer en suivant une direction plus ou moins déterminée, d'aller dans une, plusieurs, toutes ou parties des directions possibles »¹³. Dans le domaine de la santé, cette notion a émergé progressivement, sous l'effet :

- d'une transition épidémiologique, marquée par le vieillissement de la population et une tendance à la chronicité de pathologies requérant une continuité dans la prise en

¹² Remise des quatre rapports des groupes de travail sur la dépendance. Discours de Roselyne Bachelot-Narquin. Le 21 juin 2011.

Disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/archives-du-site,2317/discours,44/discours-du-debat-sur-la,2035/remise-des-4-rapports-des-groupes,13411.html>.

¹³ Secrétariat général des ministères sociaux, *op.cit.*, p.5.

charge ;

- de la volonté progressive des usagers d'obtenir une réponse adaptée à leur cas particulier impliquant une individualisation de la prise en charge ;
- et d'un contexte financier contraint poussant les établissements de santé à coordonner leur action pour maintenir leur niveau de prestations avec des moyens de plus en plus limités¹⁴.

Cette notion peut s'interpréter de différentes façons, selon que l'on considère le « parcours de vie », qui intègre l'ensemble des acteurs de la société en interaction avec une personne donnée, le « parcours de soins », qui intègre les acteurs sanitaires de l'hôpital et de l'ambulatoire, ou encore le « parcours de santé », qui englobe les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social ainsi que la notion de prévention¹⁵.

Le point commun entre ces différentes approches de la notion de « parcours » est l'idée d'une action coordonnée entre des acteurs de champs d'intervention différents sur un territoire donné. Concernant les personnes âgées, l'IGAS souligne que « l'idée de coordination est très ancienne dans son affirmation, mais beaucoup plus récente dans sa mise en œuvre »¹⁶. Énoncée dès 1962 dans le rapport de la Commission d'études de la vieillesse présidée par Pierre Laroque, cette idée, qui précède celle de « parcours », n'a été mise en œuvre que progressivement depuis une quinzaine d'année.

Les enjeux de la coordination gérontologique sont multiples. En effet, la coordination a pour ambition d'améliorer le service rendu à l'utilisateur. Elle est censée rendre plus lisible le parcours de soins des personnes âgées par le décloisonnement du système de santé, et permettre ainsi une meilleure information des usagers et des professionnels de santé. Par ailleurs, l'approche territoriale de la coordination a vocation à réduire les inégalités d'accès à l'offre de soins et médico-sociale, notamment par la coopération des acteurs, et à assurer la continuité de la prise en charge des personnes âgées en anticipant les besoins afin d'y apporter une réponse adéquate.

Il se dégage des différents dispositifs mis en place à partir du début des années 2000 diverses modalités de coopération. La plus souple est la *liaison* qui, basée sur de simples relations interpersonnelles, ne nécessite pas de formalisation juridique. La *coordination* nécessite quant à elle la passation de conventions entre les partenaires. L'*intégration* est la forme la plus aboutie de coopération puisqu'elle se traduit par une unicité juridique des instances de décision (Groupements de Coopération Sanitaire, Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale, Communautés Hospitalières de Territoire)¹⁷.

Sur un territoire donné, certains dispositifs sont centrés autour du domicile de la

¹⁴ Secrétariat général des ministères sociaux, *op.cit.*, p.4.

¹⁵ *Ibidem*, p.5.

¹⁶ FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, mai 2011, p.25.

¹⁷ *Ibidem*, p.73.

personne âgée tandis que d'autres s'adressent aux personnes dépendantes entrées dans le parcours de soins principalement via l'hôpital. Reconnus par les ordonnances du 24 avril 1996 et confortés par la loi du 4 mars 2002¹⁸ relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé ont pour vocation initiale une prise en charge coordonnée de certaines pathologies. Actuellement, l'enjeu est de regrouper ces réseaux en fonction de publics cibles. Ainsi, les réseaux gérontologiques ont pour objet d'apporter une réponse aux personnes âgées adaptée à leurs besoins et désirant se maintenir à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales. A cette fin, ils peuvent regrouper des professionnels de santé libéraux, médicaux et paramédicaux, un hôpital de proximité, un SSIAD ou une assistante sociale. Par exemple, les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) et les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) peuvent tous deux constituer des réseaux gérontologiques. Ils sont néanmoins destinés à des publics différents et n'ont pas le même degré d'intégration.

Ainsi, les CLIC, instaurés par une circulaire du 18 mai 2001¹⁹ sont des structures labélisées en fonction de leur niveau de prestation. Les CLIC de niveau 1 sont chargés d'informer les personnes âgées dépendantes sur les prestations dont elles peuvent bénéficier au sein d'un même bassin de vie. Au label de niveau 2, ils évaluent les besoins de la personne et élaborent le plan d'aide personnalisé. Enfin, le niveau 3 permet la mise en œuvre, le suivi du plan d'aide et la mobilisation des différents acteurs du domicile.

Les Maisons d'Accueil et d'Intégration pour les Malades d'Alzheimer (MAIA), créées dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure n°4)²⁰, ont pour objectif d'être un guichet unique pour les patients âgés atteints par cette pathologie et leurs aidants. Leur création part du constat que les CLIC et les réseaux gérontologiques ne sont pas parvenus, dans leur ensemble, à être légitimés « par l'ensemble des services d'un territoire pour suivre la personne tout au long de son parcours »²¹. Aussi, les MAIA visent à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, et à éviter les ruptures de continuité dans les interventions. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances, mais de « potentialiser les structures existantes en évitant les redondances »²². A cette fin, les MAIA ont mis en place des « gestionnaires de cas », chargés notamment de coordonner le travail des différents intervenants autour des patients âgés particulièrement complexes (atteints de maladies neurodégénératives).

Afin d'ouvrir l'hôpital sur son environnement, les filières de soins gériatriques

¹⁸ Loi n°2002-302 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.

¹⁹ Circulaire DGAS/AVIE/2C du 18 mai 2001 relative aux CLIC.

²⁰ Circulaire interministérielle n°DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer.

²¹ Présentation de la mesure n°4 du Plan Alzheimer 2008-2012 : les MAIA.

Disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=603.

²² *Ibidem*.

coordonnent quant à elles le parcours de soins des personnes âgées dépendantes prises en charge par l'hôpital. Conformément aux recommandations du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, la circulaire du 28 mars 2007²³ recommande la généralisation des filières au plan national. Portée par un établissement de santé support, la filière est un outil de coopération fonctionnelle devant permettre aux personnes âgées de bénéficier d'un continuum de prises en charge médico-psycho-sociales graduées et sans rupture, et ce, quelque soit leur lieu de résidence. Ainsi, le patient âgé peut bénéficier au sein de la filière d'une palette complète de prise en charge : court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie (EMG), unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, soins de suite et de réadaptation (SSR) et unité de soins de longue durée (USLD).

1.1.2 Une multiplicité des dispositifs de coordination peu lisible et pâtissant d'un cloisonnement sectoriel des acteurs

Le besoin accru de coordination entre les différents acteurs du soin et du secteur médico-social que nécessite les personnes âgées, du fait d'une prévalence des pathologies chroniques plus élevée chez elles que dans le reste de la population, a été intégré depuis plusieurs années par les pouvoirs publics. Cependant, le bilan qui est fait de la création de structures de coordination gérontologique est mitigé du fait d'un empilement de dispositifs²⁴.

En effet, si l'IGAS, dans son rapport de mai 2011, souligne les effets bénéfiques pour les patients âgés et l'hôpital des dispositifs de coordination gérontologique existants dans certains territoires où ils ont été mis en place de longue date²⁵, elle constate également la persistance d'un certain nombre de difficultés même dans les formes les plus avancées de coordination. Par ailleurs, le HCAAM souligne, dans son rapport d'avril 2010, le lien entre fragmentation des parcours de soins des personnes âgées et diversité des offreurs de soins : « plus les institutions et les professionnels sont nombreux à pouvoir intervenir, plus nombreuses sont les difficultés de coordination, les risques de rupture de prise en charge, etc. »²⁶. Ainsi, les cultures professionnelles des différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées demeurent cloisonnées, aussi bien à l'intérieur du secteur sanitaire qu'entre secteurs sanitaire, social et médico-social.

Au sein du secteur sanitaire, le HCAAM relève l'inadaptation fréquente des structures hospitalières à une prise en charge adaptée des personnes âgées : les services d'urgences sont peu adaptés à un accueil gériatrique spécifique, tandis que l'hyperspécialisation de

²³ Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

²⁴ Secrétariat général des ministères sociaux, *op.cit.*, p.9.

²⁵ En effet, l'écart entre les durées moyennes de séjours (DMS) des adultes de 20 à 80 ans et celles des personnes âgées de plus de 80 ans se réduit de près d'un quart dans les territoires aux modes d'organisation coordonnés de longue date. Par ailleurs, le nombre d'entrées aux urgences diminue également, selon les territoires, de 24 à 36%. Cf. FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *op.cit.*, pp.34-35.

²⁶ HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance-maladie*, 22 avril 2010, p.67.

certaines établissements ne permet pas une prise en charge adéquate des situations cliniques polyopathologiques. Par ailleurs, le HCAAM souligne la « réussite trop relative des parcours de soins, organisés autour du médecin traitant »²⁷, ce dernier étant chargé « d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médicosocial » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients »²⁸. De son côté, l'IGAS note que l'hôpital est souvent qualifié de « boîte noire » par les médecins généralistes, tandis que les praticiens hospitaliers considèrent les généralistes comme des « adresseurs » qui soupèsent insuffisamment la décision d'hospitalisation et négligent de transmettre les informations médicales indispensables à une prise en charge optimale²⁹.

Il existe également des défaillances de coordination entre secteurs sanitaire, social et médico-social. L'IGAS souligne notamment des liens difficiles entre les hôpitaux et les EHPAD le week-end et la nuit, générant des hospitalisations évitables, ainsi que le manque de solutions d'aval, qui bloque des sorties d'hospitalisation adaptées aux situations des patients âgés³⁰ (phénomène des *bedblockers*). De son côté, le HCAAM note que la prise en charge en EHPAD soulève plusieurs enjeux de coordination avec d'autres structures de prise en charge sanitaire, notamment en cas de crise aiguë nécessitant une hospitalisation (ce qui pose la question de l'adaptation des hôpitaux à une prise en charge adaptée des personnes âgées, cf. *supra*), en cas de détérioration de l'état de santé nécessitant un recours à un SSR gériatrique ou à une hospitalisation en USLD, ou en cas de soins bucco-dentaires (pour lesquels les EHPAD ne sont pas équipés). Enfin, se pose également la question de l'articulation du rôle du médecin coordinateur avec celui des médecins traitants des résidents.

Malgré les différents dispositifs de coordination mis en place depuis les années 2000, le cloisonnement sectoriel des acteurs de la prise en charge des personnes âgées perdure, notamment du fait qu'ils ont des rattachements budgétaires différents³¹. En effet, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM), créé le 22 juillet 1996 par la loi organique des LFSS (où il est voté), est divisé en six enveloppes financières distinctes. Ainsi, l'enveloppe médico-sociale comprend un sous-objectif « contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ». A cette contribution s'ajoute celle de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), pour former l'objectif global de dépenses (OGD) géré par cette caisse. De son côté, l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM finance notamment les forfaits soins destinés aux USLD, aux SSR gériatriques et à l'hospitalisation à domicile (HAD), tandis que l'enveloppe

²⁷ HCAAM, *op.cit.*, 22 avril 2010, pp.67-68.

²⁸ Code de la santé publique, article L.4130-1.

²⁹ FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *op.cit.*, p.38.

³⁰ *Ibidem*, p.37.

³¹ HCAAM, *op.cit.*, 22 avril 2010, p.70.

soins de ville finance les professionnels de santé libéraux intervenant auprès des personnes âgées (aussi bien en ville qu'en établissement).

Par ailleurs, le nouveau Fonds d'Intervention Régional (FIR), créé par l'article 36 de la LFSS pour 2012³² afin de renforcer la capacité d'action transversale des ARS et la fongibilité des crédits, finance les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et à la coordination des soins dispensés en ville. Il favorise également le développement de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville, en établissements de santé et en établissements médico-sociaux. Enfin, on note que le conseil général finance notamment les CLIC, les équipes médico-sociales de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) et les services d'aide à domicile (SAD).

Comme le souligne le HCAAM, cette répartition des financements répond notamment à la logique de construction de l'ONDAM, qui est établi par secteur de prise en charge et non pas par type de public. De ce fait, les différentes structures en charge des personnes âgées connaissent des modes de tarification, de pilotage et de régulation très différents, ce qui peut favoriser « un manque de cohérence des évolutions de secteurs parfois complémentaires ou parfois *substituables* (prises en charge à domicile par les professionnels libéraux et HAD par exemple) »³³.

Enfin, il apparaît également que les dispositifs de coordination ne peuvent régler qu'imparfaitement les problématiques d'inégalité d'accès aux soins de premier recours, notamment en zone rurale. En effet, les meilleures formes de collaboration au niveau local ne peuvent combler le déficit de médecins généralistes libéraux, alors même que ces derniers participent aux réseaux.

On constate ainsi que le cloisonnement culturel et budgétaire des différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées persiste, et ce, malgré l'instauration récente des ARS qui ont pour vocation d'unifier le pilotage du système de santé.

1.1.3 La création des ARS par la loi HPST : une réforme des instances de la politique régionale de santé au service d'une coordination transversale de la prise en charge des personnes âgées

La coordination des acteurs est nécessaire durant les différentes phases d'accueil et d'accompagnement de la personne âgée. Le fait que ces différentes étapes sont réalisées par des services multiples et peu intégrés, fonctionnant en « tuyaux d'orgues », entraîne une fragmentation des réponses apportées, et donc des faiblesses dans les prises en charge des

³² Article L1435-8 du code de la santé publique.

³³ HCAAM, *op.cit.*, 22 avril 2010, p.70.

personnes âgées³⁴. Ce constat, qui illustre le fonctionnement cloisonné de notre système de santé, est à l'origine de la création des ARS par la loi HPST, censée optimiser le pilotage et la coordination des secteurs sanitaire et médico-social³⁵.

Afin d'améliorer les incitations à la coordination autour de la personne âgée en perte d'autonomie, les ARS disposent de plusieurs leviers. Ainsi, la nouvelle procédure d'appels à projet dans le secteur médico-social³⁶ peut être utilisée par les ARS pour favoriser la coopération des acteurs, en privilégiant les réponses groupées d'opérateurs complémentaires aptes à répondre aux besoins spécifiques d'un territoire. L'IGAS note que ces groupements pourraient indiquer dans leur réponse les partenariats qu'ils comptent nouer avec les autres intervenants du territoire issus des champs sanitaire et social (réseaux gérontologiques, CLIC, professionnels de santé libéraux, etc.)³⁷. Les ARS disposent également d'outils de contractualisation afin de susciter des synergies entre les divers acteurs de la prise en charge des personnes âgées : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements et services médico-sociaux (ESMS), les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) et les contrats locaux de santé (CLS).

Par ailleurs, l'IGAS recommande que « le pilotage et l'animation de proximité » des filières gériatriques soient désormais confiés aux ARS, afin de garantir la fluidité des parcours de soins des personnes âgées. En lien avec les conseils généraux, les délégations territoriales d'ARS ont les moyens d'accompagner les établissements de santé à la tête d'une filière gériatrique dans l'identification des besoins des personnes âgées sur les territoires de santé définis dans les PRS. Dans l'organisation des filières, les DTARS peuvent également impulser la création de Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) ou de GCSMS, en incitant les acteurs à se rapprocher et à coopérer, « en substitution d'établissements et services qui pris isolément n'ont pas la taille critique pour disposer de la totalité des composantes de la filière »³⁸.

Au delà des outils d'identification des besoins et de planification que constituent les différents schémas des PRS et des instruments de coopération juridiques évoqués

³⁴ RATTE (E.), IMBAUD (D.), Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie », 21 juin 2011, p.19.

³⁵ Créées par la loi HPST du 21 juillet 2009, les ARS sont des établissements publics administratifs placés « sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance-maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées » (article L1432-1 du code de la santé publique). Elles regroupent, depuis le 1^{er} avril 2010 (cf. décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des ARS), les activités de différents organismes (ARH, DRASS, DDASS, URCAM, GRSP, MRS et CRAM dans leur volet « sanitaire ») qui étaient chargés des politiques de santé dans les régions et départements. Le but de leur création est de mettre fin au dualisme historique entre Etat et Assurance-maladie qui existait en matière de régulation de l'offre de santé (dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social) et de pilotage de la santé publique (dans le domaine de la prévention et de la veille et sécurité sanitaire) afin de rendre plus lisible notre système de santé.

³⁶ Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L313-1-1 du code de l'action sociale et de la famille (CASF).

³⁷ FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J.), SITRUK (P.), *op.cit.*, p.47.

³⁸ *Ibidem*, p.49.

précédemment (filières, CPOM, GCS, GCSMS, CHT), les ARS disposent également de crédits globalisés permettant de financer des projets transversaux visant à améliorer la coordination des acteurs de la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, la création du FIR en 2012 constitue une réponse à l'une des recommandations de l'IGAS formulée dans son rapport de mai 2011 visant à « élargir le champ d'intervention des crédits à vocation transversale au champ ambulatoire et au secteur médico-social pour améliorer la prise en charge des personnes âgées »³⁹. Concrètement, des structures ou services innovants en matière de prise en charge des personnes âgées, des outils ou des ressources humaines assurant la coordination des dispositifs ou acteurs concourant à une prise en charge plus efficiente des personnes âgées sur un territoire donné (par exemple, dans le cadre de GCS ou de GCSMS) pourront recevoir des aides du FIR.

Par ailleurs, les ARS doivent également assurer le lien entre les soins et la prise en charge sociale, laquelle incombe principalement aux conseils généraux. Comme le souligne le HCAAM, « la compétence des ARS sur le secteur appelé *médico-social* signifie qu'elles ont par conséquent vocation à gérer la frontière sur laquelle, précisément, viennent se situer les établissements dits « médico-sociaux », à savoir celle qui sépare – ou fait se rejoindre ! – les besoins de soins et les besoins d'accompagnement social »⁴⁰. Concrètement, cela implique une bonne articulation des compétences entre les ARS et les conseils généraux, et l'association de ces derniers à l'élaboration des politiques menées par les ARS à destination des personnes âgées en perte d'autonomie⁴¹. Cela passe notamment par la coordination des planifications d'équipements et le lancement d'appels d'offres conjoints, par le suivi des outils et des méthodes d'évaluation des besoins et de tarification des ESMS, ainsi que par le développement de liens fonctionnels entre les filières gériatriques et les CLIC. A cette fin, les commissions de coordination des politiques publiques de santé compétentes dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux⁴² sont censées assurer la cohérence et la complémentarité des actions conduites par les ARS et les collectivités territoriales. C'est en leur sein notamment que s'articulent les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOS-MS).

Amenées à interagir de manière transversale avec de multiples acteurs au niveau régional, départemental et local, sur les champs de la prévention, du sanitaire et du médico-

³⁹ FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *op.cit.*, p.50.

⁴⁰ HCAAM, *op.cit.*, 22 avril 2010, p.125.

⁴¹ Dans le secteur médico-social, la loi HPST a maintenu l'enchevêtrement des compétences entre les ARS et les conseils généraux. En effet, l'article L313-3 du CASF prévoit que les autorisations de création d'établissements médico-sociaux peuvent à la fois relever du président du conseil général et du directeur général de l'ARS, voir d'une décision conjointe de ces deux autorités.

⁴² Article L1432-1 du code de la santé publique.

social, la création des ARS « ancre dans la réalité une vision globale de la santé »⁴³, et donne un sens nouveau à la notion de parcours de soins coordonné. Un an après leur création, la tenue d'un débat national sur les enjeux de la dépendance et du vieillissement de la population a été l'occasion de repenser la notion de « parcours de santé » et d'en faire un nouveau paradigme de politique publique à appréhender dans une logique populationnelle.

1.2 La notion de « parcours de santé » : un nouveau paradigme au service de la qualité de la prise en charge des personnes âgées et de l'efficacité du système de santé

1.2.1 Le débat sur la dépendance de 2011 : une fenêtre d'opportunité pour renouveler la réflexion autour des parcours de soins des personnes âgées dépendantes

Prenant acte des enjeux du vieillissement de la population pour les finances de l'Assurance-maladie, et partant du constat des multiples carences du système français de prise en charge de la dépendance, liées à sa complexité, à son insuffisante organisation autour des besoins de la personne et à des restes à charge souvent trop élevés pour les familles, le gouvernement a jugé nécessaire d'organiser un grand débat national afin de préparer une réforme de la dépendance en 2011⁴⁴.

L'inscription à l'agenda gouvernemental de cette réforme (bien qu'elle ait été ensuite reportée) a été l'occasion de réaliser un bilan critique des dispositifs de coordination gérontologique en vigueur (cf. 1.1.2), et de formuler des idées d'actions nouvelles visant à corriger une réalité non optimale. Ainsi le rapport du groupe de travail n°3 (animé par Evelyne Ratte) portant sur l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie a souligné que la demande de soins des personnes âgées était le moment où se révélaient les défaillances de la coordination qui devrait s'exercer entre les secteurs sanitaire, social et médico-social⁴⁵.

En effet, deux dysfonctionnements majeurs ont été relevés. Tout d'abord, en amont des hospitalisations, le système de soins de premier recours a des difficultés à suivre les personnes âgées atteintes de polyopathologies chroniques, ce qui a tendance à entraîner des prises en charge uniquement dans les phases de crise via les services d'urgences. Par

⁴³ Secrétariat général des ministères sociaux, *op.cit.*, p.13.

⁴⁴ A cette fin, le Conseil économique, social et environnemental, le HCAAM et le Haut conseil de la famille ont été saisis pour apporter leur contribution, tandis que dans les régions, les préfets de région et les directeurs généraux d'ARS ont été sollicités pour organiser des débats réunissant les principaux acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées. Par ailleurs, quatre groupes de travail réunissant chacun une soixantaine d'acteurs du système de santé (élus, experts, associations) ont été chargés de traiter le thème de la dépendance sous ses aspects sociétaux, démographiques, médicaux et financiers.

Cf. Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, *Synthèse du débat national sur la dépendance*, 21 juin 2011, p.7.

⁴⁵ RATTE (E.), IMBAUD (D.), *op.cit.*, p.20.

ailleurs, l'absence d'anticipation et de coordination à la sortie des hospitalisations a un effet néfaste pour les patients âgés, car rester trop longtemps hospitalisé est pour eux un facteur de perte de chance⁴⁶. De ce fait, le groupe de travail souligne qu'il est impératif de « coordonner plus efficacement la sortie de l'établissement de santé et la prise en charge sanitaire et médico-sociale à domicile »⁴⁷.

Dans le but de limiter autant que possible le recours inapproprié à l'hôpital, plusieurs pistes de travail sont envisagées, comme la mise en place de référents « sortie d'hospitalisation » au sein des établissements, ou encore l'orientation des pratiques médicales de la prise en charge des états aigus vers le suivi continu des états polyopathologiques chroniques stabilisés. A cette fin, il est envisagé de développer les maisons et les pôles de santé pluridisciplinaires, pour améliorer la continuité et la permanence des soins et promouvoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutiques.

Pour financer les tâches de coordination au sein de ces structures, il apparaît également nécessaire de mettre en place de nouveaux modes de rémunération (NMR) en complément du paiement à l'acte. Par ailleurs, il est aussi recommandé de développer des outils de communication et de coordination, tels que le dossier médical partagé ou la télémédecine, afin de permettre un meilleur partage d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées.

Sur le plan organisationnel, le groupe de travail animé par Evelyne Ratte envisage notamment une mise en réseau autour de la personne âgée dépendante de tous les acteurs de la prise en charge, de façon à ce que la personne soit systématiquement réorientée par le premier acteur qu'elle sollicite vers l'intervenant qui peut lui apporter la réponse la plus adaptée à son besoin. Cette piste de travail correspond au concept de la MAIA, développé dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012. L'idée est que le renforcement de la coordination gériatrique n'a pas besoin d'une nouvelle structure dédiée, l'important étant qu'elle s'appuie sur un diagnostic unique et que la totalité des acteurs de la prise en charge « se reconnaissent et se légitiment mutuellement »⁴⁸. A cette fin, le développement d'incitations à la coordination, financières ou professionnelles, et la mise en place de systèmes d'information partagés au niveau local sont considérés comme essentiels.

Ce renouvellement de la réflexion autour de la coordination gériatrique et des parcours des personnes âgées au sein du système de santé a été largement influencé par le programme québécois PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de

⁴⁶ En effet, l'hospitalisation inadéquate ou prolongée d'une personne âgée fragile peut avoir des effets traumatisants immédiats (pertes de repères, décompensation) ou différés. Comme le note une enquête du gérontopôle de Toulouse menée en 2010 auprès de personnes âgées résidentes de 300 EHPAD, « trois indicateurs de fragilité : chutes (+5%), dénutrition (+14%) et contention (+23%) présentent une augmentation parallèle après une hospitalisation ». Etude PLEIAD, « Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée », juin 2010. Cité par FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *op.cit.*, p.15.

⁴⁷ RATTE (E.), IMBAUD (D.), *op.cit.*, p.21.

⁴⁸ *Ibidem*, p.23.

Maintien de l'Autonomie). En effet, partant du constat de l'allongement de l'espérance de vie et du développement des maladies chroniques, les québécois ont convenu qu'il fallait passer d'un « modèle hospitalo-centrique dédié aux maladies aiguës à un modèle domicilo-centrique voué aux soins chroniques ». Ils ont ainsi lancé une expérimentation permettant une intégration structurelle et fonctionnelle de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées, basée sur la concertation locale, un guichet unique pour l'accès aux services, l'attribution à chaque patient d'un gestionnaire de cas, la mise en place d'un plan de services individualisé, l'adoption d'un outil unique d'évaluation et l'utilisation d'un dossier clinique informatisé⁴⁹. Depuis 2005, ce programme novateur fait l'objet d'une expérimentation en France (programme de recherche « Prisma France »), financée par la CNSA, la Direction générale de la Santé (DGS) et le Régime social des indépendants (RSI). Cette adaptation française du programme québécois a ensuite servi à expérimenter les nouveaux dispositifs de coordination prévus dans le cadre du Plan Alzheimer (notamment la mise en place des gestionnaires de cas au sein des MAIA)⁵⁰.

Il apparaît ainsi que les réflexions formulées lors du débat national sur la dépendance ont permis progressivement à la notion de « parcours de santé » de se substituer à celle de « parcours de soins ».

En effet, le bilan critique des dispositifs de coordination gérontologique a mis en exergue que la notion de « parcours de soins » constituait une réponse aux besoins des personnes âgées fondée sur une offre de services insuffisamment coordonnée et centrée sur les épisodes de soins, comme l'illustrent les difficultés rencontrées en amont et en aval de l'hospitalisation. Ces dernières sont pour elles un facteur de perte de chance (cf. *supra*), et pour le système de santé un facteur de coûts importants⁵¹.

De ce constat et de l'expérience québécoise PRISMA ont émergé des propositions nouvelles, visant à mettre en place un nouveau modèle d'intégration de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'idée est que chaque besoin de soins des personnes âgées d'un territoire donné trouve désormais une réponse de proximité « au bon niveau et au bon moment ». Ainsi, la notion de « parcours de santé » peut être définie, pour une personne ayant des caractéristiques données (médicales, psychiques,

⁴⁹ HEBERT (R.), « La transition démographique. De l'hospitalo-centrisme vers les soins à domicile, une transition nécessaire du système de santé », Actes du Forum Franco-québécois sur la santé, septembre 2005 (cité par FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *op.cit.*, p.42).

⁵⁰ RATTE (E.), IMBAUD (D.), *op.cit.*, p.23.

⁵¹ D'après le HCAAM, la réduction de la DMS des personnes âgées en perte d'autonomie permettrait de dégager près de 2 Md€ d'économie. Cf. HCAAM, *Assurance-maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, 23 juin 2011, p.55.

Par ailleurs, la Cour des comptes pour son rapport de 2005 avait estimé les dépenses d'assurance-maladie liées aux personnes âgées dépendantes à 9,9 Md€ (dont 3,8 Md€ de dépenses hospitalières), soit 60% du coût global de la « dépendance » estimé à 15,5 Md€. Le rapport Rosso-Debord (2010) estime quant à lui le montant des dépenses d'assurance-maladie liées aux personnes âgées dépendantes à 12,5 Md€, soit 58% du coût de la dépendance (cité par HCAAM, *op.cit.*, 23 juin 2011, pp.28-32).

sociales, environnementales), comme « une des trajectoires possibles qui nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social »⁵². L'enjeu est de dresser, à l'échelle d'une population d'un territoire circonscrit, des typologies de parcours en organisant au mieux les ressources existantes.

On comprend ainsi que la notion de « parcours de santé » constitue un nouveau paradigme dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, au service d'une meilleure qualité et de l'efficacité du système de santé. Au moment où cette notion émergente était en cours de conceptualisation au sein des PRS, le gouvernement a souhaité lancer sans attendre des expérimentations destinées à optimiser les « parcours de soins » des personnes âgées, centrées sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation.

1.2.2 Les expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012 : une étape intermédiaire vers le développement des « parcours de santé » des personnes âgées

L'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2012 a été influencée par la tenue du débat national sur la dépendance de 2011, qui a impulsé une dynamique favorable à l'amélioration des parcours de soins des personnes âgées. En effet, dans sa contribution au débat national, le HCAAM préconise le lancement d'expérimentations gérées au niveau des ARS « dont l'objet serait d'éprouver et d'affiner (...) un certain nombre d'organisations nouvelles, considérées comme porteuses des évolutions à conduire »⁵³, dans une approche transversale et continue des parcours.

Ainsi, l'article 70 de la LFSS pour 2012 a autorisé la mise en place d'expérimentations « à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans » afin de promouvoir de « nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées ». Le cahier des charges de ces expérimentations, diffusé aux ARS dès le mois de janvier 2012, comprend deux modules qui portent sur un segment précis mais critique du parcours : l'amont et l'aval de l'hospitalisation, qui doit retrouver « sa juste place et son juste rôle »⁵⁴.

Ainsi, le module 1 (« en amont d'une hospitalisation ») concerne « toute action permettant de mieux outiller les acteurs du premier recours (médecins traitants, y compris ceux intervenant en EHPAD et, le cas échéant, le médecin coordonnateur) souvent démunis face à la situation de leur patientèle âgée, poly pathologique et fragilisée ». Il s'agit notamment de mettre en place des aides à la décision pour les médecins traitants à partir d'évaluations gériatriques complémentaires et de développer des plateformes gérontologiques

⁵² Secrétariat général des ministères sociaux, *op.cit.*, p.5.

⁵³ HCAAM, *op.cit.*, 23 juin 2011, p.63.

⁵⁴ HCAAM, *op.cit.*, 22 avril 2010, p.108.

multidisciplinaires⁵⁵.

Le module 2 (« en aval de l'hôpital pour améliorer la gestion de la sortie et des suites d'une hospitalisation ») concerne quant à lui « toute action permettant de préparer le plus en amont possible la sortie de l'hôpital, que le séjour s'effectue en médecine, chirurgie ou en SSR (travail sur l'organisation intra-hospitalière), et d'assurer la fluidité de la prise en charge entre le séjour hospitalier et le retour à domicile ou en établissement médico-social »⁵⁶. Parmi les pistes de travail indiquées, figurent notamment la mise en place de plateformes de gestion des sorties au sein des hôpitaux, le développement d'un accès sécurisé aux dossiers médicaux et médico-sociaux informatisés des patients ainsi que l'organisation de coopérations locales entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Installé début avril 2012, le comité de pilotage national du parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) a retenu 11 projets proposés par sept ARS⁵⁷. Ces projets devaient s'appuyer sur des actions coordonnées déjà existantes. En effet, le cahier des charges précise que la présence d'une structure ambulatoire pluriprofessionnelle (pôles, centres et maisons de santé) bénéficiant des NMR doit être vue comme un élément favorable, de même que la participation d'un établissement médico-social⁵⁸. Aussi, ces expérimentations correspondent à des aides supplémentaires destinées à des acteurs déjà coordonnés sur le terrain, notamment autour de la pré et post hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie.

Sur le plan organisationnel, le cahier des charges impose d'associer différents types d'acteurs : au moins un établissement de santé et des professionnels de santé, très souvent des réseaux de santé et des structures ambulatoires de premier recours. En termes de type de structure juridique, aucune exigence n'est demandée, l'idée étant de laisser le plus de marges de manœuvre possibles aux acteurs de terrain. En conséquence, le porteur de projet peut aussi bien être un établissement de santé public ou privé, une société de droit commun privé, une association de professionnels libéraux ou encore un GCS ou GCSMS.

Concernant le mode de financement des expérimentations, la LFSS pour 2012 prévoit d'allouer au total un million d'euros, chaque projet pouvant bénéficier de 100.000 euros par site (50.000 euros pour un seul module). Le cahier des charges précise que ce financement est « complémentaire des financements déjà mobilisés sur ces thèmes et non substitutifs »⁵⁹.

⁵⁵ Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux, *JORF* n°0224 du 26 septembre 2012, p.4.

⁵⁶ Arrêté du 30 août 2012, p.4.

⁵⁷ Les régions retenues dans le cadre des expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012 sont la Bourgogne, la Bretagne, l'Île-de-France, le Limousin, la Lorraine, les Pays-de-la-Loire et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA).

⁵⁸ Arrêté du 30 août 2012, p.6.

⁵⁹ *Ibidem*, p.5.

Par ailleurs, l'article 70 de la LFSS pour 2012 reprend l'ensemble des dérogations au paiement à l'acte des professionnels de santé prévus dans le cadre de l'article 44 de la LFSS pour 2008, dans la mesure où ces rémunérations dérogatoires sont souvent considérées comme facteur de réussite de l'articulation entre les acteurs autour de la personne. Les modalités d'affectation de ce complément de financement sont inscrites dans les conventions cadres liant les porteurs de projets retenus, les ARS et les organismes locaux d'assurance-maladie.

Au niveau local, les ARS sont les interlocuteurs privilégiés des porteurs de projets, et s'engagent de ce fait à apporter l'aide nécessaire en termes d'ingénierie de projet et d'accompagnement. Par ailleurs, elles veillent à assurer la coordination avec les éventuels autres sources de financement préexistants de la structure (FIQCS, MIGAC, collectivité territoriale). Enfin, concernant l'évaluation, la LFSS pour 2012 a prévu que chacune des sept expérimentations retenues soit évaluée annuellement et au bout de quatre ans de mise en œuvre par la Haute Autorité de santé (HAS).

Cet objectif « hospitalo-centré » explique que la notion de « parcours de soins » ait été préférée à celle plus large de « parcours de santé » dans le cahier des charges. Il représente néanmoins une étape intermédiaire nécessaire au développement ultérieur de réels « parcours de santé », qui correspondent à des parcours de soins articulés en amont avec la prévention primaire et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile⁶⁰.

L'élaboration du PLFSS pour 2013 a été marquée par la volonté de poursuivre la démarche engagée en 2012. L'une de ses priorités est la création de véritables « parcours de santé », afin de mieux mobiliser les soins préventifs, l'éducation thérapeutique et accompagner les patients dans la durée. A cette fin, l'article 41 de la LFSS pour 2013 prévoit également le lancement de « projets pilotes sur le parcours de santé des personnes âgées ». Le terme utilisé de « projet pilote » n'est pas neutre. Il s'agit désormais « d'industrialiser » la démarche engagée avec l'article 70 de la LFSS pour 2012 grâce à des financements et des outils supplémentaires.

En effet, la LFSS pour 2013 propose un financement de 45 millions d'euros (en année pleine) pour le lancement des projets pilotes et de recourir aux dérogations tarifaires nécessaires via le FIR. L'article 41 prévoit également d'autoriser des dérogations pour favoriser le partage d'information entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées, et assurer ainsi leur suivi sanitaire et social de manière intégrée. Par ailleurs, l'article 39 de la LFSS pour 2013 prévoit d'ouvrir la voie à l'instauration d'une

⁶⁰ Arrêté du 30 août 2012, p.3.

rémunération annuelle pour des équipes de professionnels de proximité⁶¹, afin de financer des actions de prévention, d'éducation thérapeutique et d'améliorer la coordination des soins.

Comme on a pu le voir, le débat sur la dépendance de 2011 a été l'occasion de renouveler la réflexion autour des parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes, et de promouvoir, grâce aux incitations financières prévues par la LFSS pour 2012, des expérimentations pilotes destinées à faire émerger des bonnes pratiques au niveau des territoires de santé. Il apparaît cependant que ce sont les ARS qui ont mené l'effort le plus abouti pour conceptualiser, promouvoir et mettre en œuvre les parcours de santé des personnes âgées, à partir d'une analyse des différents points de rupture dans les parcours des patients, et dans une approche de « responsabilité populationnelle collective ».

1.2.3 L'amélioration des « parcours de santé » des personnes âgées : une priorité du nouveau projet régional de santé d'Ile-de-France

Dans le cadre de la formalisation de leur stratégie régionale, les ARS ont construit avec leurs partenaires locaux leur PSRS. Au sein de ces derniers, une approche populationnelle et/ou par pathologie des parcours de santé est désormais privilégiée. A titre d'exemple, l'ARS du Languedoc-Roussillon a mis en œuvre des plans d'actions visant à améliorer les parcours de santé des personnes âgées, des adolescents, des malades chroniques, des personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou bien souffrant d'addictions ou de pathologies mentales. De son côté, l'ARS du Limousin a complété son PRS par un programme spécifique sur les parcours de santé des personnes âgées, des femmes atteintes de cancer du sein, et des personnes souffrant d'addictions ou de pathologies mentales⁶².

Concernant les parcours de santé des personnes âgées, l'analyse des besoins menée par les ARS s'est faite dans une logique d'identification des points de rupture. Ces derniers convergent autour de quatre grands thèmes au sein des PSRS⁶³. Au niveau du domicile, on relève ainsi que la prise en charge pourrait être davantage coordonnée (superposition des dispositifs locaux de coordination, absence de partage d'informations entre médecins traitants et SSIAD), tandis que la prévention n'est pas suffisamment adaptée aux personnes âgées souffrant de polyopathologies (défaut de sensibilisation des acteurs du premier recours à l'éducation thérapeutique, à la prévention des chutes, etc.). Au niveau de la prise en charge en établissement sanitaire, les ARS constatent dans leur PSRS une mauvaise orientation des personnes âgées dans le système hospitalier (recours systématique aux urgences, prise en

⁶¹ Les modalités du dispositif sont renvoyées à la conclusion d'accords conventionnels interprofessionnels et à l'établissement de contrats types qui définiront les engagements et les objectifs, les contrats étant ensuite signés entre les ARS, les caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) et les « équipes » concernées.

⁶² Secrétariat général des ministères sociaux, *op.cit.*, p.15.

⁶³ *Ibidem*, p.17.

charge dans des services inadaptés, phénomène des *bedblockers*, etc.). Enfin, il ressort de l'analyse des principaux points de rupture que la prise en charge en EHPAD demeure trop cloisonnée, du fait notamment d'un défaut d'intégration au sein des filières de soins gériatriques.

Aussi, les ARS poursuivent plusieurs objectifs afin de fluidifier les parcours de santé des personnes âgées. Outre la mise en place de dispositifs d'observation pour analyser les différents besoins des personnes âgées, les PRS recommandent le développement de nouvelles modalités de coordination autour du patient (de type MAIA notamment) et d'alternatives à l'hospitalisation (HAD, hospitalisations de jour, hébergement temporaire). Enfin, ils recommandent également d'optimiser la circulation et le partage d'informations entre les différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la prise en charge de personnes âgées.

On retrouve cette approche des parcours de santé au sein du nouveau PRS d'Ile-de-France (2012-2017), ainsi que le même type de constats et d'objectifs concernant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, le PSRS promeut-il une approche intégrée et territorialisée des parcours de santé « qui permette de prendre en compte l'ensemble du parcours de la personne, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médicosocial »⁶⁴. Cette démarche visant à dépasser les cloisonnements instaure chez chacun des acteurs du système de santé une « responsabilité populationnelle collective » : l'organisation et la régulation de l'offre doivent désormais se faire en réponse aux besoins des populations (sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de prévention), dans une logique de continuité des parcours et non plus simplement d'autorisations d'implantations. On assiste ainsi à un changement de paradigme dans la prise en charge des personnes âgées : à une approche « parcours de soins » fondée sur une logique où prédomine un raisonnement par l'offre se substitue désormais une approche « parcours de santé », fondée en premier lieu sur les besoins multiples de la personne.

Cette logique de « parcours de santé » structure les différents schémas du PRS d'Ile-de-France. Les publics désignés comme prioritaires sont la petite enfance et les jeunes, les malades chroniques et les personnes souffrants de troubles mentaux ainsi que les populations fragiles (populations en grande précarité, personnes âgées, personnes handicapées). De façon générale, les schémas s'attachent à « clarifier le panier des services existants à destination de ces populations, à sensibiliser les professionnels de terrain aux enjeux relatifs à leur prise en charge et à favoriser le déploiement d'activités de coordination »⁶⁵.

Concernant les personnes âgées, le SROS et le SROMS proposent diverses actions susceptibles de décroïsonner l'action des différents acteurs. Ces actions s'organisent

⁶⁴ PSRS d'Ile-de-France 2011-2016, p.66.

⁶⁵ ARS d'Ile-de-France, *Synthèse du Projet Régional de Santé d'Ile-de-France*, pp.15-16.

notamment autour des filières gériatriques (qu'il convient d'ouvrir sur les secteurs ambulatoire et médico-social via les équipes mobiles notamment), des acteurs de l'accompagnement à domicile, des réseaux gérontologiques et des coopérations entre établissements et services. A cela s'ajoute également la promotion des innovations technologiques (télémédecine, mise en place de systèmes d'information partagés) ou organisationnelles (GCS, GCSMS, CHT) capables de renforcer les coopérations entre les acteurs autour de la personne âgée dépendante et permettant d'éviter son orientation par défaut vers les services d'urgences. Enfin, le schéma régional de prévention (SRP) vise à développer la prévention des chutes et de la dénutrition ainsi que l'éducation thérapeutique des patients âgés dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires.

De façon spécifique au territoire de santé parisien, le volet hospitalier du nouveau SROS préconise d'améliorer la gouvernance et de garantir la complétude des huit filières gériatriques labellisées, et de coordonner celles-ci avec les secteurs de psychiatrie⁶⁶. Le volet ambulatoire du SROS prévoit quant à lui de rapprocher les réseaux de santé intervenant sur les thématiques personnes âgées, cancérologie et soins palliatifs. Outre l'augmentation du nombre de places en EHPAD, le SROMS recommande également de développer des outils communs et partagés d'évaluation de la prise en charge des personnes âgées et de mettre en place des instances de travail collaboratif entre filières, réseaux, CLIC et MAIA⁶⁷.

Enfin, il convient de souligner que le SROS et le SROMS prévoient de poursuivre les deux expérimentations engagées relatives à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées : l'une dans le 18^{ème} arrondissement, retenue dans le cadre de l'appel à projet prévu par l'article 70 de la LFSS pour 2012, et l'autre dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements, avec le soutien de l'ANAP. C'est cette dernière que nous allons à présent étudier.

Après avoir analysé l'émergence progressive de la notion de « parcours de santé » dans le champ des politiques publiques relatives à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, nous allons à présent étudier, à l'échelle d'un territoire donné, comment est-il possible de dépasser une réponse centrée sur les épisodes de soins pour organiser une réponse plus globale, et fondée en premier lieu sur les besoins des personnes âgées, afin de les faire entrer dans le système de santé « au bon endroit et au bon moment ».

⁶⁶ ARS d'Ile-de-France, *Synthèse des propositions de déclinaisons parisiennes du PRS d'Ile-de-France 2012-2017*, p.19.

⁶⁷ *Ibidem*, p.32.

II - Le projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris : faire émerger une « responsabilité populationnelle collective » sur un territoire marqué par des jeux d'acteurs complexes

Depuis 2010, l'ARS d'Ile-de-France mène un projet expérimental relatif à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris (ci-après dénommé projet « 9-10-19 »). Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation et d'un accompagnement national de l'ANAP mené avec deux autres ARS (celles des Pays-de-la-Loire et du Languedoc-Roussillon). Nous allons à présent analyser de quelle façon le diagnostic de territoire, co-construit avec les acteurs de terrain, a permis de définir des actions concrètes permettant d'améliorer les parcours de santé des personnes âgées dans ces trois arrondissements du nord-est de la capitale.

2.1 Le diagnostic du territoire « 9-10-19 » mené par l'ANAP : une démarche partagée avec les acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie

2.1.1 Les objectifs du projet et le choix d'un territoire caractérisé par une fragilité socio-économique et la présence d'un établissement de santé pivot à forte activité

Le projet « 9-10-19 » a vocation à répondre à l'un des grands enjeux ayant présidé à la création des ARS : la promotion et la mise en œuvre d'une approche intégrée des parcours de santé, prenant en compte l'ensemble du parcours de la personne. Afin d'aboutir à la préconisation d'actions pragmatiques et innovantes visant à améliorer les parcours de santé des personnes âgées, il a préalablement été nécessaire de définir les contours du projet. Ces contours concernent le choix d'une clé d'entrée pour analyser les parcours sur un territoire donné, la définition de plusieurs niveaux d'objectifs ainsi que la délimitation du périmètre du territoire du projet.

Ainsi, les travaux du HCAAM ont largement influencé le choix fait par l'ANAP de privilégier une « porte d'entrée » hospitalière (le recours aux services d'urgences et l'utilisation des services de SSR) pour cibler la problématique du projet et analyser les parcours des personnes âgées sur un territoire donné. En effet, ces deux « points de passage » sont censés conduire « les acteurs à s'interroger plus largement sur le modèle de prise en charge sanitaire et médico-sociale »⁶⁸.

Si la finalité première de l'expérimentation est de définir et généraliser des parcours de santé pertinents tant sur le plan de la qualité de la prise en charge des personnes âgées que

⁶⁸ ANAP, *Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire – Réaliser un diagnostic et une feuille de route pour un territoire*, 2011, p.11.

de l'efficience du système de santé, la définition de plusieurs niveaux d'objectifs a également été nécessaire afin de cadrer au mieux les contours des résultats attendus du projet. Trois grands types d'objectifs ont été définis par les équipes-projets des trois ARS retenues dans le cadre de l'expérimentation nationale (Ile-de-France, Pays-de-la-Loire et Languedoc-Roussillon).

Ainsi, les « objectifs opérationnels sur les parcours » concernent l'amélioration de la programmation des hospitalisations afin de réduire le passage par les urgences, l'amélioration de la prise en charge en aval de l'hospitalisation afin de réduire les réadmissions évitables et la facilitation de l'intervention au domicile de la personne. Les « objectifs sur l'organisation des filières gériatriques et sur l'intégration des acteurs » concernent l'amélioration de l'organisation de l'offre et du service rendu aux personnes âgées, l'identification des bonnes pratiques de gestion des interfaces entre les acteurs et le développement de nouvelles modalités de coordination. Enfin, les « objectifs d'apprentissage et de capitalisation pour les ARS » concernent la définition d'un territoire d'intervention, la modélisation des besoins (de la population et en termes d'équipements et services) et le développement des outils de mesure et d'évaluation du service rendu⁶⁹.

La délimitation du périmètre des territoires retenus pour l'expérimentation nationale a eu pour critères le fait de permettre de conduire à une analyse des parcours de santé des personnes âgées au plus près de leur besoin d'une part, et la mobilisation des différents professionnels de santé (tant à l'hôpital qu'en ville) dans leur périmètre d'intervention et de coordination d'autre part. Ce dernier critère constitue l'une des conditions majeures de leur adhésion au projet et, comme nous le verrons par la suite, d'une « animation territoriale réelle pour une conduite du changement efficace »⁷⁰. Dans le cadre des entretiens menés, le Docteur Marie-Dominique Lussier et Claire Musiol (ANAP) ajoutent que ces territoires devaient connaître un afflux important de personnes âgées aux urgences ainsi que des acteurs en attentes d'amélioration⁷¹.

Dans sa réponse à l'appel à projet national, l'ARS d'Ile-de-France a proposé le territoire de compétence de la filière gériatrique « Paris Est », labellisée en 2010 dans le cadre du projet médical du territoire 75-1 issu du SROS III. Cette filière est portée par le GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal (AP-HP) et couvre le 9^{ème}, le 10^{ème} et le 19^{ème} arrondissements de Paris. Elle a pour caractéristique de connaître un volume important de passage aux urgences de personnes âgées précaires. En effet, dans le 10^{ème} et le 19^{ème} arrondissements, la population se caractérise globalement par un niveau socio-économique relativement faible par rapport à la population parisienne générale entraînant des situations de précarité, et par la présence de nombreuses personnes âgées migrantes connaissant des

⁶⁹ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.17.

⁷⁰ *Ibidem*, p.27.

⁷¹ Entretien réalisé avec Marie-Dominique Lussier et Claire Musiol (ANAP) le 8 novembre 2012.

difficultés d'accès aux soins. Ces deux arrondissements comportent en outre trois quartiers classés en politique de la ville (un dans le 10^{ème} et deux dans le 19^{ème}).

Pour l'ANAP, le choix de cet établissement de santé pivot a permis de sélectionner une « porte d'entrée » dans l'analyse des parcours. En effet, l'analyse du bassin de recrutement de la filière gériatrique portée par le GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal a permis de délimiter la zone sur laquelle l'analyse populationnelle et la cartographie de l'offre ont porté.

2.1.2 Analyse populationnelle et cartographie de l'offre de santé du territoire : la nécessité de recentrer l'offre gériatrique sur l'extra-hospitalier pour répondre aux besoins futurs des personnes âgées

L'analyse populationnelle du territoire « 9-10-19 » à l'horizon 2020 a été réalisée par l'ANAP avec l'aide du cabinet Antares Consulting. Elle a permis de partager une connaissance plus fine de la population de 75 ans et plus entre tous les acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette analyse partagée et soumise à la discussion des professionnels de terrain impliqués et des représentants d'usagers a porté sur quatre axes : la démographie, l'environnement, l'état de santé de la population âgée et son niveau d'autonomie.

Ainsi, le territoire « 9-10-19 » compte actuellement près de 345 000 habitants, dont environ 52 000 personnes âgées de 60 ans et plus et 25 000 de 75 ans et plus. Parmi ces dernières, on compte environ 3000 personnes dépendantes⁷², dont près de 1900 sont âgées de 85 ans et plus. A l'horizon 2020, les statistiques démographiques locales laissent entrevoir une croissance de 10% de la population âgée exclusivement générée par une augmentation de 40% des plus de 85 ans. Aussi, l'ANAP constate que « l'âge d'entrée dans la dépendance recule et l'augmentation du nombre de personnes présentant un besoin d'aide à l'autonomie est principalement due à la part croissante des plus de 85 ans »⁷³.

Par ailleurs, l'analyse populationnelle montre également une augmentation importante à venir de la part des personnes âgées vivant à domicile, y compris avec un niveau important de perte d'autonomie. De façon générale, l'état de santé va se dégrader avec l'âge du fait notamment de la prévalence des maladies chroniques⁷⁴. L'ANAP note également que le taux de recours à l'hospitalisation risque de s'accroître notamment pour des problématiques liées

⁷² La dépendance se mesure par la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Il s'agit d'un outil de mesure national qui évalue la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Les GIR 1 et 2 correspondent à un niveau de dépendance lourd, et les GIR 3 et 4 à un niveau de dépendance moyen. Les personnes classées entre les GIR 1 et 4 peuvent prétendre à l'APA. Sur le territoire « 9-10-19 », environ 2700 personnes âgées touchent cette allocation versée par le conseil général.

⁷³ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.29.

⁷⁴ Une augmentation de 64% du nombre de personnes âgées en affections de longue durée (ALD) est prévue à l'horizon 2020. Cf. ARS d'Ile-de-France, *Réponse à l'appel à projets du ministère de la santé en application de l'article 70 de la LFSS 2012*, mars 2012, p.17.

aux AVC.

De ce fait, il apparaît que les acteurs du territoire « 9-10-19 » vont devoir s'adapter à une croissance relativement importante du nombre de personnes âgées fragiles et isolées requérant « une prise en charge pour une ou plusieurs maladies chroniques, présentant un risque d'épisode aigu à prévenir ou anticiper et un risque de perte d'autonomie suite à un épisode aigu rendant complexe le retour à domicile dans des conditions favorables »⁷⁵.

Tout comme les conclusions issues de l'analyse populationnelle, les conclusions de la cartographie de l'offre de santé concourent à une connaissance partagée des acteurs sur le territoire. Cette cartographie fait notamment ressortir qu'il existe trois pivots dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire « 9-10-19 » : la filière gériatrique portée par le GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal, le CLIC-PENE et le Réseau de santé Paris Nord (RSPN).

Ainsi, conformément à la circulaire du 28 mars 2007, la filière gériatrique « Paris Est » comporte un établissement de santé « support » (groupe hospitalier public dépendant de l'AP-HP) disposant d'un service de gériatrie (offrant des consultations gériatriques, un hôpital de jour, une EMG, une unité de médecine gériatrique aiguë, des SSR gériatriques et une USLD) et d'un service d'urgences. Les quatre établissements « membres » (un privé d'intérêt collectif et trois privés à but lucratif) offrent des SSR gériatriques supplémentaires⁷⁶, tandis que les partenaires assurent des services de coordination gérontologique (CLIC-PENE, RSPN et Association gérontologique de l'Est parisien), des soins « extra-hospitaliers » (HAD, SSIAD, structures de la psychiatrie de secteur) et une prise en charge médico-sociale (EHPAD, structures d'accueil de jour). Ces partenariats ont pour but d'optimiser les admissions et les sorties d'hospitalisation et de favoriser le soutien au domicile.

Le diagnostic de l'ANAP fait apparaître que l'activité aux urgences de la filière est particulièrement soutenue. En effet, cette dernière assure près de 90% des passages aux urgences et 80% des passages des personnes âgées. En hospitalisation aiguë, les capacités sont à 80% portées par les sites du GH sur le territoire et l'offre y est développée (bien qu'inférieure à la moyenne parisienne, le taux d'équipement est supérieur à la moyenne nationale). Grâce à cette filière, le territoire « 9-10-19 » dispose également d'un bon ratio lits aigus/lits SSR. L'ANAP souligne que 38% des capacités sont dédiées à la gériatrie et que l'offre en SSR du territoire est en dessous de la moyenne parisienne⁷⁷.

Enfin, il ressort de l'analyse du bassin de recrutement de la filière qu'un tiers de ses patients ne proviennent pas de son territoire de compétence. Ces derniers habitent principalement dans le 18^{ème} arrondissement, où est compétente la filière « Paris Ouest »

⁷⁵ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.29.

⁷⁶ Les quatre établissements de santé membres de la filière sont liés par convention au GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal. Il s'agit de l'Hôpital Jean Jaurès, de la Clinique de la Jonquière, de la Clinique des Buttes-Chaumont et de la Clinique du Canal de l'Ourcq.

⁷⁷ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.32.

portée par les hôpitaux Bichat et Bretonneau (AP-HP). Aussi, le fait d'objectiver et de faire partager ce constat permet d'inciter les acteurs de ces deux filières à travailler ensemble vers davantage de coordination⁷⁸.

En matière de coordination sociale et médico-sociale, le CLIC-Paris Emeraude Nord-Est (CLIC-PENE) couvre les trois arrondissements du territoire. Ce CLIC de niveau 3 est porté par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CSVP) et l'association Union Retraite Action (URA). Il a été créé le 1^{er} avril 2012, suite au regroupement des Points Paris Emeraude (PPE) des 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Le CLIC-PENE a pour missions l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées et de leurs aidants. Il évalue également leurs besoins et élabore, le cas échéant, un plan d'aide individualisé dont il assure ensuite le suivi, en lien avec les intervenants extérieurs (SSIAD, SAD, etc.). Outre ce rôle d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de fédérateur des acteurs locaux de leur prise en charge, le CLIC-PENE joue un rôle d'observatoire des besoins et d'évaluation des services aux personnes âgées. Il fait ainsi remonter aux instances décisionnelles (DT de Paris et Conseil général) les carences de l'offre, comme par exemple en matière de prise en charge des troubles psychiques à domicile⁷⁹.

Le troisième pivot de la coordination de l'offre de santé à destination des personnes âgées sur le territoire « 9-10-19 » est le RSPN. Le site internet de ce réseau de santé polyvalent précise que ses activités gérontologiques privilégient « le soin à la personne âgée dans sa globalité médicale, sociale, environnementale et psychologique »⁸⁰. Couvrant au total six arrondissements⁸¹, le RSPN a pour mission principale de favoriser l'accès aux soins des personnes âgées de plus de 75 ans en état de vulnérabilité économique, sociale et sanitaire, et de permettre leur maintien à domicile dans des conditions optimales. A cette fin, le médecin gériatre salarié du réseau mène des évaluations gériatriques à domicile (sur demande des médecins généralistes ou du CLIC) pour prévenir les hospitalisations évitables et retarder l'entrée en EHPAD. Par ailleurs, le RSPN assure gratuitement à domicile une aide psychologique aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi que des consultations de diététique. Au delà de ces services à la personne, le réseau facilite les collaborations entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées en mettant à leur disposition un annuaire des institutions et des professionnels de santé du territoire, des protocoles de soins ainsi que des formations en gérontologie⁸².

Si le RSPN permet d'ores et déjà le repérage et l'anticipation de situations pouvant conduire à un recours aux urgences et/ou une hospitalisation, le diagnostic de l'offre de santé

⁷⁸ ANAP, *op.cit.*, 2011, pp.26-27.

⁷⁹ Entretien réalisé avec Claude Cormier (responsable du CLIC-PENE) le 2 novembre 2012.

⁸⁰ Présentation du département « personnes âgées » du Réseau de santé Paris-Nord.

Disponible sur internet : <http://www.reseau-paris-nord.com/seniors/seniors.presentation.php>

⁸¹ Les arrondissements couverts par le RSPN sont le 8^{ème}, le 9^{ème}, le 10^{ème}, le 17^{ème}, le 18^{ème} et le 19^{ème}.

⁸² Entretien réalisé avec Nadine Idalgo (directrice du RSPN) le 6 novembre 2012.

fait apparaître que la diminution prévisionnelle du nombre de médecins généralistes sur le territoire⁸³ ne permettra pas à l'avenir une prise en charge et un suivi optimaux si des actions correctrices ne sont pas mises en œuvre. A ce titre, un rôle accru pourrait être donné aux paramédicaux intervenant au domicile en matière de repérage et d'anticipation des situations à risque, d'autant que la couverture en SSIAD (au nombre de cinq sur le territoire) est particulièrement bonne.

Le diagnostic laisse également apparaître la nécessité de modifier l'organisation de l'offre en médecine de ville, notamment dans les quartiers les moins attractifs du territoire « 9-10-19 » souffrant d'un déficit marqué en médecins généralistes. C'est notamment pour cette raison que le nord du 19^{ème} arrondissement a été reconnu « zone prioritaire »⁸⁴ par l'ARS d'Ile-de-France.

Enfin, on constate que l'offre en lits d'hébergement médicalisés (EHPAD)⁸⁵ et lits d'USLD est très faible au regard de la moyenne nationale. Par ailleurs, on constate que 70% des capacités sont privées. Aussi cette offre apparaît limitée, notamment dans le 9^{ème} qui pâtit d'un déficit de structures médico-sociales au regard des autres arrondissements du territoire, et peu accessible, notamment aux nombreuses personnes âgées précaires habitant le 19^{ème} arrondissement.

Ainsi, la confrontation de l'analyse populationnelle du territoire « 9-10-19 » et de la cartographie de son offre de santé à destination des personnes âgées fait apparaître que plusieurs conséquences sanitaires et sociales sont à prévoir si l'offre actuelle n'évolue pas. L'ANAP souligne le risque d'une pression accrue vers le service d'urgences de la filière, du fait de carences dans l'organisation des soins de premier recours, et de difficultés d'orientation en aval entraînant un phénomène d'engorgement des lits hospitaliers, du fait d'un déficit de places en EHPAD sur le territoire. En conséquence, il apparaît nécessaire de « recentrer le centre de gravité de l'offre gériatrique sur l'extra-hospitalier »⁸⁶.

Cette vision globale partagée de l'offre de santé à destination des personnes âgées en perte d'autonomie permet une meilleure connaissance et reconnaissance réciproque des différents acteurs du territoire « 9-10-19 ». Elle est un préalable aux transformations et réorganisations à envisager, et à la définition de parcours de santé adaptés à une population de personnes âgées segmentée en « profils de besoins ».

⁸³ Entre 2010 et 2015, il est prévu que 50% des médecins généralistes du territoire « 9-10-19 » partent en retraite. Cf. ARS d'Ile-de-France, *Réponse à l'appel à projets du ministère de la santé en application de l'article 70 de la LFSS 2012*, mars 2012, p.18.

⁸⁴ Conformément à l'article L1434-7 du code de la santé publique, le SROS détermine des zones prioritaires « de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé ». Ces mesures correspondent aux Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) passés avec les internes ou à des exonérations d'impôt pour les médecins participant à la permanence des soins ambulatoire.

⁸⁵ A Paris, le taux d'équipement en EHPAD (hébergement complet) est de 42 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 77 pour 1000 au niveau régional. Cf. ARS d'Ile-de-France, *Synthèse des propositions de déclinaisons parisiennes du PRS d'Ile-de-France 2012-2017*, p.27.

⁸⁶ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.33.

2.1.3 La méthodologie *Balance of Care* : définir des parcours appropriés à une population de personnes âgées segmentée en « profils de besoins »

Globalement, le diagnostic du territoire « 9-10-19 » fait apparaître une offre de santé riche mais trop centrée sur l'hôpital, et une coordination des acteurs perfectible du fait d'un cloisonnement sectoriel qui demeure malgré les efforts de chacun. Aussi, la prise en charge des personnes âgées est souvent inappropriée et nécessite la modélisation de parcours cibles fondés sur l'identification préalable de « profils de besoins ».

La méthodologie proposée par l'ANAP s'est fondée sur l'expérience des acteurs de terrain et sur le *Balance of Care*, qui se veut un modèle dynamique de planification des ressources à partir des besoins sanitaires et médico-sociaux d'une population cible, permettant d'établir ensuite des stratégies d'intervention différenciées par profil de pathologie. Le *Balance of Care* se structure en quatre grandes étapes : la définition des profils de besoin, la définition des services à proposer, la définition des options de soins avec les professionnels de terrain pour chacun des profils, et enfin, la transformation des options de soins en services (prestations et ressources nécessaires au niveau du territoire)⁸⁷.

A cette fin, trois ateliers *Balance of Care* ont été organisés réunissant les acteurs clefs de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire « 9-10-19 » (la filière, le CLIC-PENE et le RSPN). Ce modèle a permis de définir une stratégie d'intervention pour 14 profils de besoins identifiés à partir des quatre critères suivants : nature de la pathologie, présence (ou non) de co-morbidité associée, présence (ou non) de facteurs aggravants, et situation sociale de la personne âgée. Ensuite, les acteurs de terrain ont été interrogés dans le cadre des ateliers sur le parcours de santé le plus approprié pour chaque profil ciblé. Il ressort que les réponses apportées lors de ces travaux sont relativement éloignées des organisations et des pratiques actuelles⁸⁸.

En effet, la méthode prospective *Balance of Care* fait apparaître qu'une prise en charge répondant de façon optimale aux besoins des personnes âgées du territoire impliquerait un changement de consommation de soins significatif⁸⁹ et une amélioration de la qualité. La segmentation des parcours de santé dit « appropriés » peut être résumée en trois grands niveaux de besoins.

Le premier niveau correspond à environ 80% de la population de 75 ans et plus. Ces personnes ne souffrent pas de pathologie ou de handicap complexe. A ce niveau, les acteurs clefs sont ceux de la prévention, le médecin généraliste et les aidants naturels. Le deuxième

⁸⁷ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.53.

⁸⁸ *Ibidem*, p.55.

⁸⁹ L'évolution idéale de la consommation des services de soins correspond à une augmentation de 58% des séances d'hospitalisation de jour aiguë et de 14% des consultations de médecins généralistes. Elle implique parallèlement une diminution de 64% des séjours d'hospitalisation en urgences, de 18% du volume total des passages aux urgences, de 7% des séjours d'hospitalisation en MCO et de 6% des journées d'hospitalisation en SSR. Cf. ANAP, *op.cit.*, 2011, p.58.

niveau de besoins correspond à environ 15% de la population. Il s'agit des personnes souffrant de pathologies compliquées, de handicap ou bien présentant un risque important de décompensation. Les personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale (isolement, faibles revenus, etc.) figurent également dans ce groupe. A ce niveau, les acteurs clefs sont le RSPN, les services hospitaliers « ambulatoires » de la filière (consultations et hospitalisations de jour), les SSIAD et la HAD. Enfin, le troisième niveau correspond aux 5% de la population restante. Ce sont les patients âgés complexes socialement vulnérables, connaissant une perte d'autonomie importante liée à des polyopathologies chroniques (classés dans les GIR 1 et 2). A ce niveau, les acteurs clefs sont le gestionnaire de cas, le service d'urgences de la filière ainsi que les EHPAD et l'USLD du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Vidal⁹⁰.

La méthode *Balance of Care* apparaît ainsi comme l'un des outils essentiels de la mise en place de réels « parcours de santé ». Elle permet d'opérer le changement de paradigme mettant au cœur de la stratégie des ARS l'organisation de l'offre de santé en réponse aux besoins de la population préalablement évalués, plaçant de fait la personne au centre des préoccupations. Le résultat obtenu est exploitable tant pour la planification des besoins sanitaires et médico-sociaux que pour l'identification de nouvelles pratiques d'orientation dans les parcours et de coordination entre acteurs.

Dans le nord-est de Paris, le travail mené dans le cadre du *Balance of Care* sur les options de soins a permis de souligner l'importance d'une évaluation partagée des besoins des personnes âgées (développement des EMG, etc.) et l'intérêt des options de soins en tant que guides pour mieux gérer et adapter les parcours de santé aux spécificités de chaque patient.

Par ailleurs, ce travail a abouti à l'identification de transformations organisationnelles essentielles⁹¹. Il s'agit notamment de réfléchir à une meilleure intégration des activités de coordination menées par tous les acteurs concernés d'une part, et de l'évaluation des besoins des personnes avec le suivi social et gériatrique d'autre part (intégration des activités du réseau de santé et du CLIC). L'émergence de nouveaux services sur le territoire « 9-10-19 » est également nécessaire : développement de consultations pluridisciplinaires et de l'éducation thérapeutique (pour les patients âgés et leurs aidants), prise en charge en SSR selon de nouvelles modalités (séances en hôpital de jour, spécialisation en gériatrie-psychiatrie) et mise en place de gestionnaires de cas complexes.

La mise en œuvre opérationnelle de ces transformations, définies précisément dans le cadre d'une feuille de route ambitieuse déclinée en trois axes et six actions, comportent plusieurs pré requis, notamment en matière d'intégration et de coordination des différents

⁹⁰ EVIN (C.), « Le parcours de soins : pourquoi s'impose-t-il comme un sujet prioritaire ? », Communication au colloque EHESP-EN3S relatif au parcours de soins des personnes âgées, Paris, 14 décembre 2012, p.23 (document *powerpoint*).

⁹¹ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.58.

acteurs du territoire « 9-10-19 ». Comme nous allons le voir à présent, ces pré requis nécessaires à la réussite du projet font apparaître des jeux d'acteurs complexes, structurés autour des trois « pivots » de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

2.2 La définition et la mise en œuvre d'une feuille de route ambitieuse : des pré requis en matière de coordination et des jeux d'acteurs complexes à réguler

2.2.1 Les trois leviers de l'amélioration de la coordination des acteurs du territoire : la fusion des CLIC-PPE, la création d'une MAIA et la mise en place d'un annuaire gérontologique

Le projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées sur le territoire « 9-10-19 » poursuit l'objectif d'une meilleure intégration des acteurs grâce au développement de nouvelles modalités de coordination. Il ressort du diagnostic territorial et des entretiens menés dans le cadre de cette étude que les trois acteurs clefs de la prise en charge des personnes âgées coordonnaient déjà leur action avant la mise en œuvre du projet, mais que cette coordination était perfectible du fait d'un cloisonnement sectoriel et territorial persistant. Aux dires de ces acteurs, la fusion des anciens CLIC-PPE des 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements, la création d'une MAIA et la mise en place d'un annuaire gérontologique visant à améliorer la connaissance mutuelle et le référencement de tous les acteurs partenaires apparaissent comme autant de pré requis nécessaires à la réussite du projet.

Les acteurs de la filière gériatrique, du CLIC-PENE et du RSPN rencontrés lors des entretiens ont tous insisté sur l'importance du travail engagé depuis plusieurs années en matière d'intégration et de coordination. Ils ont souligné notamment l'intérêt du travail mené en commun lors des « commissions ville-hôpital » et des « comités techniques personnes âgées », institués dans chaque arrondissement à l'initiative des CLIC-PPE au moment de leur mise en place en 2000. Ces instances d'autorégulation ont permis d'établir une connaissance et une reconnaissance mutuelle de chacun des acteurs, nécessaires à un travail collaboratif. Outre la responsable du service social du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal, le responsable du CLIC-PPE de l'arrondissement concerné et le médecin gériatre du RSPN, participaient également à ces commissions des représentants des SSIAD, des SAD et des centres médico-psychologiques (CMP) ainsi que certains médecins généralistes libéraux⁹².

Les « commissions ville-hôpital », qui se réunissent tous les deux mois, sont des lieux de débats, permettant une réflexion commune « sur les points des parcours des personnes âgées à optimiser et à fluidifier »⁹³, et de diffusion d'informations, permettant notamment aux

⁹² Entretien réalisé avec Claude Cormier (responsable du CLIC-PENE) le 2 novembre 2012.

⁹³ Entretien réalisé avec Claire Lansac (attachée d'administration hospitalière à la direction « Droits des patients et de la Performance médicale » du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), le 29 octobre 2012.

nouveaux services aux personnes âgées implantés sur le territoire de se présenter aux acteurs partenaires de la filière. Les « comités techniques personnes âgées », qui se réunissaient mensuellement, étaient quant à eux des lieux de discussions sur des cas concrets de patients âgés, en lien étroit avec les CMP, ayant pour but de favoriser une prise en charge optimale en sortie d'hospitalisation. Compétentes pour seulement un seul arrondissement, ces multiples instances de coordination étaient sources de lourdeurs administratives, notamment pour le service social du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal.

Aussi, la fusion des CLIC-PPE des 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris, effective depuis le 1^{er} avril 2012, a eu pour finalité première de faire correspondre le territoire d'intervention de la filière gériatrique avec celui du CLIC-PENE, désormais compétent sur les trois arrondissements du projet. Depuis, il n'existe plus désormais qu'une seule « commission ville-hôpital » au lieu de trois précédemment, ce qui a pour avantage d'harmoniser les modes de travail et les procédures entre tous les acteurs du territoire « 9-10-19 ». Pour Claire Lansac, chargée de suivre le projet au niveau de la filière gériatrique, cette nouvelle cohérence de territoire et de partenariat est très utile pour optimiser la gestion des sorties d'hospitalisation, dans la mesure où les assistantes sociales du GH ont désormais pour seul interlocuteur le CLIC-PENE, ce qui facilite le signalement des besoins afférents aux sorties d'hospitalisation des personnes âgées du territoire (SAD, portages de repas, etc.)⁹⁴. Pour le CLIC, cette fusion permet également de faire correspondre son territoire d'intervention avec « Paris domicile Nord-Est », le SAD du CASVP qui intervient exclusivement sur le territoire « 9-10-19 ».

Cette fusion ne s'est pas faite sans difficultés. En effet, au moment où il a été décidé de faire correspondre les territoires d'intervention des filières gériatriques parisiennes avec ceux des CLIC-PPE, les acteurs du territoire « 9-10-19 » ont eu pour projet de créer un GCSMS qui aurait eu pour mission de porter le nouveau CLIC-PENE issu de la fusion des CLIC-PPE des 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Cependant, le CASVP, l'association URA et le RSPN n'ont pas su se mettre d'accord sur la nature juridique du futur GCSMS : le CASVP souhaitait la création d'un GCSMS de droit public, tandis que l'association URA (soutenue par le RSPN) soutenait la création d'un GCSMS de droit privé. Pour Claude Cormier, salarié de l'URA et actuel responsable du CLIC-PENE, un statut de droit privé aurait pu offrir « davantage de souplesse »⁹⁵, notamment en matière de gestion du personnel et de règles budgétaires et comptables applicables. Finalement, le projet de GCSMS a été abandonné au profit d'une simple convention de coopération signée entre le CASVP et l'association URA pour la gestion du CLIC-PENE. Ce type de divergence de vue juridique, qui

⁹⁴ Entretien réalisé avec Claire Lansac (attachée d'administration hospitalière à la direction « Droits des patients et de la Performance médicale » du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), le 29 octobre 2012.

⁹⁵ Entretien réalisé avec Claude Cormier (responsable du CLIC-PENE) le 2 novembre 2012.

a retardé la création du nouveau CLIC, illustre la complexité des jeux d'acteurs en présence sur le territoire « 9-10-19 ».

A l'heure actuelle, un nouveau projet de GCSMS est en cours en vue de la création d'une MAIA sur le territoire « 9-10-19 ». Ce projet de MAIA répond à l'augmentation prévisionnelle des cas de patients âgés complexes sur le territoire. En effet, il ressort de l'analyse populationnelle que le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus fragiles et isolées requérant une prise en charge pour une ou plusieurs maladies chroniques invalidantes va augmenter d'ici 2020. Les gestionnaires de cas de la future MAIA auront pour mission de coordonner le travail des différents intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour de ces personnes et de leurs aidants. Concrètement, ils évalueront leurs besoins dans une approche multidimensionnelle et définiront un plan de services individualisé. Ils planifieront ainsi le recours aux services adéquats et effectueront les démarches d'admission des personnes en établissement ou service médico-social (EHPAD, SSIAD, etc.). Le travail de ces nouveaux professionnels de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie s'inscrit dans un contexte local d'intégration renforcée des différents professionnels : concertation structurée, guichet intégré, et outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes suivies en gestion de cas.

Si le projet de créer une MAIA sur le territoire « 9-10-19 » figure explicitement dans la déclinaison parisienne du nouveau SROS hospitalier⁹⁶, l'idée de constituer un GCSMS en vue de porter le projet est venue du terrain. Pour Claire Lansac (GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), ce sont les réunions régulières du comité de pilotage du projet⁹⁷ qui ont permis de faire émerger ce projet de GCSMS entre la filière, le CLIC et le réseau⁹⁸. Au delà de la nécessité de créer une MAIA, ce type d'entité juridique intégrée permettrait aux acteurs clefs de la prise en charge des personnes âgées du territoire de s'adresser d'une seule et même voix aux différentes tutelles (ARS, conseil général et Assurance-maladie) lors de la phase de suivi des actions programmées. Par ailleurs, un GCSMS éviterait une concurrence inutile entre les acteurs dans la réponse à l'appel à projet pour la MAIA (qui est attendu pour début 2013), et renforcerait ainsi la dynamique d'intégration territoriale sans risque de superposition avec les dispositifs de coordination existants.

La filière gériatrique, le CLIC-PENE et le RSPN partagent également un projet d'annuaire gérontologique des institutions et des professionnels exerçant sur le territoire « 9-10-19 ». Ce projet est né en 2009, au moment de la structuration de la filière. Il était en effet convenu que le RSPN devait assurer l'amélioration de la circulation de l'information entre les

⁹⁶ ARS d'Ile-de-France, *Synthèse des propositions de déclinaisons parisiennes du PRS d'Ile-de-France 2012-2017*, p.19.

⁹⁷ Le comité de pilotage du projet « 9-10-19 » comprend à la fois les tutelles (ARS, conseil général, Assurance-maladie) et les acteurs clefs de la coordination sur le territoire (la filière, le CLIC et le réseau de santé).

⁹⁸ Entretien réalisé avec Claire Lansac (attachée d'administration hospitalière à la direction « Droits des patients et de la Performance médicale » du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), le 29 octobre 2012.

différents partenaires. Aussi, le réseau a proposé de créer les « Pages gérontologiques », qui recenseront à terme près de 3000 professionnels de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. L'ARS d'Ile-de-France a accepté de financer cet annuaire à la condition que la filière porte le projet. A terme, cet outil permettant d'améliorer la connaissance mutuelle et le référencement de tous les acteurs partenaires sera la propriété du GCSMS qui gèrera la MAIA. Actuellement, le GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal cherche un prestataire qui sera chargé de développer l'annuaire sous la forme d'un moteur de recherche informatique. Claire Lansac souligne que cet outil de coordination permettra notamment de faciliter la programmation des hospitalisations et d'éviter le recours par défaut aux urgences le week-end⁹⁹.

Ainsi, le renforcement de l'intégration et de la coordination des acteurs stratégiques de la prise en charge des personnes âgées apparaît essentiel au projet. En effet, la création du CLIC-PENE et les projets en cours de MAIA et de mise en place d'un annuaire gérontologique permettent d'institutionnaliser et de pérenniser des pratiques de collaborations éprouvées, qui reposaient jusqu'à présent sur des relations interpersonnelles fructueuses. Comme nous allons le voir à présent, cette démarche a permis la définition en commun des actions d'amélioration à mettre en œuvre et la co-construction de la feuille de route du projet.

2.2.2 La définition d'une feuille de route ambitieuse déclinée en trois axes et six actions

A la réalisation du diagnostic territorial, fondé sur une analyse populationnelle et une cartographie de l'offre de santé en présence, ont succédé les ateliers de travail *Balance of Care*, desquels ont émergé des éléments de transformation essentiels à mettre en œuvre pour améliorer les parcours de santé des personnes âgées sur le territoire « 9-10-19 ». La mise en œuvre opérationnelle de ces transformations passe par la définition d'une feuille de route, co-construite par les acteurs de terrain dans une démarche participative.

Préalablement à la définition de la feuille de route, l'ANAP insiste sur la nécessité de réserver du temps à l'appropriation et au partage du diagnostic territorial, afin de ne pas démobiliser les acteurs entre la réalisation du diagnostic et la définition de la feuille de route d'une part, et de s'assurer de la mise en œuvre des actions dans le futur d'autre part¹⁰⁰. En l'occurrence, ce sont les ateliers *Balance of Care* qui ont permis ce temps d'échange et une interrogation des acteurs sur les évolutions souhaitables de leurs pratiques professionnelles.

La démarche de construction en commun de la feuille de route donne au projet une dimension concrète. Elle nécessite d'interroger à la fois le contenu à adapter des prestations et services mis en œuvre sur le territoire, les pratiques professionnelles à améliorer ainsi que

⁹⁹ Entretien réalisé avec Claire Lansac (attachée d'administration hospitalière à la direction « Droits des patients et de la Performance médicale » du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), le 29 octobre 2012.

¹⁰⁰ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.62.

la coordination des interventions à assurer. Ces interrogations partagées permettent ensuite « d'identifier des actions concrètes intégrant la dynamique existante sur le territoire »¹⁰¹. L'engagement des acteurs locaux sur le terrain est possible si la formalisation des actions attribue à chacun d'entre eux un mandat « spécifique et précis » avec des objectifs « mesurables, atteignables et réalistes ». L'ANAP précise que les actions doivent impliquer nommément les acteurs ; en effet, dans une optique de responsabilité populationnelle, chacun doit être en mesure d'identifier son rôle dans le projet et être capable de se positionner dans la chaîne des parcours de santé des personnes âgées. Les actions doivent également être hiérarchisées et planifiées, afin d'offrir une visibilité aux acteurs.

Les grands axes d'amélioration de la feuille de route ont été définis à partir des constats partagés du diagnostic territorial et d'une analyse croisée des forces et des faiblesses ainsi que des opportunités et des menaces du territoire. Cette analyse peut se résumer dans le tableau qui suit¹⁰² :

		Menaces	Opportunités
		<ul style="list-style-type: none"> - Vieillesse et fragilisation de la population ; - Démographie médicale en ville ; - Absence de gouvernance sur le territoire ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact positif d'une prise en charge orientée aux besoins ; - Modèles et expériences sur la gestion des maladies chroniques ; - Nouvelles technologies ;
Forces	<ul style="list-style-type: none"> - Panel étendu de services ; - Filière gériatrique existante ; - Expérience gériatrique ; - Expérience à capitaliser sur le territoire ; 	Axe d'amélioration n°1 Créer les conditions favorables à la transversalité et la coordination des acteurs → « Construire une nouvelle gouvernance et animer la démarche grâce au contrat de territoire »	Axe d'amélioration n°3 Expérimenter la gestion de maladies chroniques sur l'insuffisance cardiaque → « Programme Insuffisance Cardiaque chez le Sujet Agé » (PICSA)
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation des parcours ; - Faiblesse de la prévention / anticipation ; - Prise en charge globale non généralisée ; - Patients du 18^{ème} arrdt ; 	Axe d'amélioration n°2 Améliorer l'existant → « Réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence »	

C'est sur la base de ces différents travaux que le comité de pilotage du 28 mars 2012 a arrêté la feuille de route du projet, déclinée en trois axes et six actions. Chacune d'entre elles est pilotée par un binôme de référents/chefs de projet, et comporte des objectifs spécifiques, des propositions de sous actions, des bonnes pratiques à capitaliser ainsi que des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de processus pour s'assurer du suivi de la mise en œuvre¹⁰³. Le lancement des groupes de travail mobilisés sur chacune des actions a commencé en juin

¹⁰¹ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.63.

¹⁰² LUSSIER (M.D), « La modélisation du parcours de soins est-elle possible ? », Communication au colloque EHESP-EN3S relatif au parcours de soins des personnes âgées, Paris, 14 décembre 2012, p.9 (document *powerpoint*).

¹⁰³ Le binôme référent, les objectifs, les sous-actions et les indicateurs de chacune des six actions de la feuille de route figurent en annexes.

2012, après un temps d'accompagnement des acteurs à la gestion de projet organisé au mois de mai.

Le premier axe de la feuille de route a pour objectif de « construire une nouvelle gouvernance et animer la démarche grâce au contrat de territoire ». En effet, la mobilisation des acteurs pour la mise en œuvre des actions passe par une logique d'engagement formalisée, prenant la forme de la contractualisation. Concrètement, il s'agit pour la DT de Paris de parvenir à la signature du premier « contrat de territoire » de la région. L'objectif de ce contrat est de concrétiser la volonté des acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées de partager une « responsabilité populationnelle collective » sur le territoire « 9-10-19 ».

Le deuxième axe a pour ambition de « réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence ». Cet objectif correspond aux deux modules du cahier des charges relatif aux expérimentations promues par l'article 70 de la LFSS 2012 visant à mieux prévenir l'hospitalisation d'une part, et à mieux en coordonner la sortie d'autre part. En effet, il s'agit dans cet axe de favoriser l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient âgé (afin de limiter les risques et les situations d'urgence), de développer des stratégies alternatives de recours par défaut aux urgences (notamment par un accès rapide à l'évaluation gériatrique en ville), de faciliter l'accès aux soins en filière ainsi que la programmation (par un meilleur parcours intra-hospitalier et une meilleure interface ville-hôpital), et enfin, d'assurer un meilleur suivi médical et un meilleur accompagnement aussi bien à domicile qu'en structure d'hébergement.

Enfin, le troisième axe correspond à la mise en œuvre d'un programme de gestion de l'insuffisance cardiaque chez les sujets âgés de 75 ans et plus (PICSA¹⁰⁴). Cette maladie chronique a été retenue pour l'expérimentation du fait de sa prévalence significative dans la population âgée, de la forte consommation de soins des insuffisants cardiaques et de résultats en santé perfectibles. Concrètement, il s'agit dans cet axe de favoriser le repérage pro-actif des patients, d'évaluer et de segmenter les besoins par niveau de risque de consommation des services, ce qui suppose d'élaborer des projets de parcours spécifiques par niveau de risque. Cela implique notamment de promouvoir l'éducation à la santé et les « auto-soins » pour les patients à faible risque, d'assurer une prise en charge clinique et sociale appropriée et un suivi continu pour les patients à risque moyen, et enfin, de mettre en place une MAIA avec des gestionnaires de cas pour les patients très complexes.

Sur le plan opérationnel, il ressort des différents entretiens menés que la mise en œuvre de la feuille de route révèle des jeux d'acteurs complexes qui nécessitent d'être régulés par l'ARS.

¹⁰⁴ Programme Insuffisance Cardiaque chez le Sujet Agé.

2.2.3 La mise en œuvre de la feuille de route : des jeux d'acteurs complexes à réguler

D'un point de vue transversal aux différentes actions de la feuille de route, les acteurs rencontrés soulignent plusieurs facteurs de réussite pour le projet ainsi que des points de vigilance pour l'ARS.

Le principal facteur de réussite mis en avant est l'égal investissement de chacun des acteurs partenaires mobilisés sur le projet. Nadine Idalgo (RSPN) évoque comme facteur de motivation essentiel le fait que la démarche engagée sur le territoire « 9-10-19 » s'inscrit dans le cadre d'un projet expérimental innovant, notamment concernant la mise en œuvre du programme PICSA (axe 3)¹⁰⁵. Cependant, elle tempère son propos en précisant que beaucoup ont l'impression que l'investissement dans les groupes de travail se fait au détriment de leurs autres activités. Le risque serait que certains se désinvestissent des groupes, ce qui pourrait mettre à mal l'atteinte des objectifs de la feuille de route. Aussi, elle souhaite un accompagnement de l'ARS en terme d'animation territoriale, notamment quand l'ANAP se sera retirée du projet. Claire Lansac (GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal) insiste quant à elle sur la bonne circulation de l'information¹⁰⁶ : il est en effet essentiel que des comptes-rendus soient rédigés lors de chaque réunion entre les acteurs partenaires d'une action, et que ces derniers soient transmis au comité de coordination de la filière gériatrique.

La difficulté soulevée par tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées rencontrés, concerne la mobilisation des médecins généralistes libéraux du territoire « 9-10-19 ». En tant que « porte d'entrée » dans le système de soins, ces derniers sont mobilisables sur l'ensemble des actions du projet¹⁰⁷. Jusqu'à présent, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) est très difficile à mobiliser sur le projet. Cependant, certains médecins généralistes libéraux sont mobilisables individuellement : il s'agit principalement de la soixantaine de médecins impliqués dans le RSPN (sur environ 330 généralistes installés sur le territoire), auxquels Nadine Idalgo et Aurélie Misme (gériatre du réseau) adressent régulièrement des bilans d'étapes.

Par ailleurs, la plupart des acteurs rencontrés (DT de Paris, filière, CLIC et RSPN) soulignent la difficulté à coordonner les différentes tutelles que sont l'ARS d'Ile-de-France, le département de Paris et l'Assurance-maladie, ce qui peut ralentir parfois la prise de décision. En effet, il y a derrière les jeux d'acteurs de terrain des enjeux politiques, et il n'est pas aisé de faire coïncider la dynamique stratégique et l'agenda de chaque institution. Si l'ARS semble être l'acteur le plus légitime pour conduire ce type de projet, sa légitimité n'est pas la même

¹⁰⁵ Entretien réalisé avec Nadine Idalgo (directrice du RSPN) le 6 novembre 2012.

¹⁰⁶ Entretien réalisé avec Claire Lansac (attachée d'administration hospitalière à la direction « Droits des patients et de la Performance médicale » du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), le 29 octobre 2012.

¹⁰⁷ Notamment celles concernant le développement de l'éducation thérapeutique (action n°1), les alternatives au recours par défaut aux urgences (action n°2) et le suivi médical des personnes âgées, aussi bien à domicile (action n°4) qu'en structure d'hébergement (action n°5). L'enjeu principal concerne le renforcement de l'expertise gériatrique des médecins généralistes.

selon les différents secteurs mobilisés. Sur le médico-social, la tutelle est en effet copartagée avec le conseil général, tandis que la médecine de ville demeure libérale et donc faiblement régulée.

C'est la nécessité d'un renforcement de la coordination des différents acteurs à tous les échelons stratégiques du projet qui est à l'origine de la nouvelle gouvernance et du contrat de territoire promu dans le premier axe de la feuille de route. La finalité première de ce contrat, qui sera signé entre les différents partenaires du projet au mois de janvier 2013¹⁰⁸, est de concrétiser une volonté commune de tous les acteurs de coopérer dans une logique de « responsabilité populationnelle collective », dans le respect des missions respectives et de l'autonomie de chacun. En effet, tous les acteurs du territoire « 9-10-19 » concernés par la prise en charge des personnes âgées (des secteurs sanitaire, social et médico-social) participe à la gouvernance modélisée dans le contrat afin de garantir la transversalité des parcours de santé. Concrètement, le document présente l'ensemble des actions du projet, en spécifiant pour chacun des acteurs les objectifs fixés et les indicateurs à suivre sur lesquels ils s'engageront. Le schéma de la nouvelle gouvernance proposée dans le contrat est le suivant¹⁰⁹ :

Instances, fréquence des réunions :	Composition :	Missions :
Strate régionale (Commission de Coordination des Politiques Publiques) : les institutions <i>Fréquence : semestrielle</i>	→ ARS d'Ile-de-France → Département de Paris → Assurance-maladie (CPAM de Paris)	Approuver le projet de territoire proposé par le Comité de Coordination Territoriale Assurer la cohérence PRS/schéma gérontologique départemental et contrat de territoire Mobiliser si besoin des ressources financières Suivre les résultats Arbitrer les décisions stratégiques/conflits Valider les propositions d'avenants au contrat
Contrat de territoire	Représentants de l'ARS (DT de Paris), du département de Paris et de la CPAM de Paris : présentent à la CCPP sous la forme d'un tableau de bord les informations relatives au programme du contrat, transmettent à la CCT les décisions prises par la CCPP	
Strate territoriale (Comité de Coordination Territoriale) : les « acteurs clefs » du territoire <i>Fréquence : trimestrielle</i>	→ Les acteurs de la coordination du territoire « 9-10-19 » : la filière gériatrique Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal (AP-HP), le CLIC-PENE, le RSPN → Des représentants des acteurs du territoire pourront être sollicités en fonction de l'ordre du jour du comité	Définir le projet de territoire tous les 3 ans Assurer la mobilisation des acteurs et des ressources Mandater les professionnels des groupes de travail Nommer un « référent programme » (animateur territorial) Rendre des comptes à la commission de coordination des politiques publiques Proposer si besoin des avenants au contrat
Animateur/référent programme : s'assure de l'animation et de la continuité des groupes de travail et collecte dans un tableau de bord les informations relatives à l'évaluation et au suivi des actions (rend des comptes devant le CCT)		
Strate programme (groupes de travail opérationnels) : les professionnels de terrain <i>Fréquence : mensuelle</i>	→ Les professionnels de terrain associés à ce contrat de par leur contribution à la mise en œuvre des actions du projet de territoire (avec à leur tête un binôme de référents/chefs de projet pour chacune des six actions)	Mettre en œuvre opérationnellement la feuille de route Evaluer/faire le suivi de cette mise en œuvre Rendre des comptes au Comité de Coordination Territoriale

¹⁰⁸ Au stade actuel des réflexions, trois niveaux de signature sont prévus au contrat de territoire. Le premier niveau correspond aux acteurs institutionnels : Liliane Capelle, adjointe au Maire de Paris chargée des seniors et du lien intergénérationnel, Claude Evin, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France, et Pierre Rousseau, directeur de la CPAM de Paris. Le second niveau correspond aux acteurs pivots de la coordination : Mireille Faugère, directrice générale de l'AP-HP (au titre de la filière gériatrique), Nadine Idalgo, directrice du Réseau de santé Paris-Nord, et Henri Naudet, Président de l'Union Retraite Action (association co-gestionnaire du CLIC-PENE). Enfin, le troisième niveau de signature correspond à celui des professionnels de terrain engagés sur les actions de la feuille de route.

¹⁰⁹ ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, p.17.

Lors des entretiens, l'ANAP et le cabinet Antares Consulting ont souligné le risque que représentent pour la gouvernance du contrat de territoire et le pilotage du projet les changements d'équipes réguliers au sein de la DT de Paris¹¹⁰. En effet, depuis la création de l'ARS d'Ile-de-France en juin 2010, le projet est suivi au niveau de la DT par le délégué territorial et la cheffe du pôle « offre de soins et médico-sociale » (OSMS). Or la DT de Paris a connu trois délégués territoriaux différents¹¹¹ en l'espace de deux ans et demi, et suite au départ de la cheffe du pôle OSMS (non remplacée), c'est la nouvelle cheffe du département « établissements de santé » qui a repris le projet en main. Ces changements d'effectifs sont de nature à déstabiliser le comité « équipe-projet » où siège la DT de Paris, l'ANAP et Antares. Dans ces conditions, le rôle de soutien aux acteurs de terrain a été pris en main par l'ANAP et Antares en lieu et place de l'ARS, qui est pourtant leur interlocuteur le plus légitime. Lors des entretiens, qui se sont déroulés à un moment où le contrat de territoire n'avait pas encore été soumis aux acteurs clefs du territoire, ces derniers ont pourtant exprimé le besoin que le futur contrat « formalise un accompagnement de la tutelle au travail réalisé sur le terrain »¹¹².

Concernant le deuxième axe de la feuille de route visant à « réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence », les acteurs rencontrés ont également formulé un certain nombre de remarques¹¹³.

Ainsi, au sujet de l'action n°1 (« favoriser l'éducation à la santé, informer et soutenir l'éducation thérapeutique »), Nadine Idalgo (RSPN) souligne la difficulté à mobiliser le CASVP dans le groupe de travail qu'elle anime avec Claude Cormier (CLIC-PENE). Pourtant, les deux EHPAD du CASVP présents sur le territoire correspondant au bassin de recrutement de la filière gériatrique Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal (l'un dans le 18^{ème} et l'autre dans le 19^{ème} arrondissement) pourraient être mobilisés pour mener des actions de prévention bucco-dentaire¹¹⁴.

Concernant l'action n°2 (« développer des stratégies alternatives au recours par défaut aux urgences »), Claire Lansac (GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal) insiste sur la nécessité de créer des liens entre le centre 15, la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) et le CLIC-PENE, afin de définir une stratégie adaptée pour les personnes âgées qui appellent le Samu ou les pompiers pour des problématiques sociales. Par ailleurs, elle souligne également l'enjeu que représente la mobilisation des SSIAD renforcés (spécialisés

¹¹⁰ Entretiens réalisés avec Marie-Dominique Lussier et Claire Musiol (ANAP) le 8 novembre 2012, et avec Sophie Banon et Adrien Boustani (Antares Consulting) le 30 octobre 2012.

¹¹¹ Le dernier changement de délégué territorial date de décembre 2012 : Gilles Echarhour a ainsi succédé à Rodolphe Dumoulin, qui avait lui-même remplacé à ce poste Hélène Junqua, partie fin 2011.

¹¹² Entretien réalisé avec Claire Lansac (attachée d'administration hospitalière à la direction « Droits des patients et de la Performance médicale » du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), le 29 octobre 2012.

¹¹³ *Nota Bene* : le choix a été fait de ne présenter que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des six actions de la feuille de route, et le cas échéant, les propositions d'amélioration formulées par les acteurs lors des entretiens.

¹¹⁴ Entretien réalisé avec Nadine Idalgo (directrice du RSPN) le 6 novembre 2012.

sur la maladie d'Alzheimer) le week-end.

Au sujet de l'action n°2 et de l'action n°4 (« assurer le suivi médical et l'accompagnement à domicile »), Claude Cormier (CLIC-PENE) recommande d'associer aux groupes de travail la nouvelle Equipe Mobile d'Urgence (EMU) créée en octobre 2012 par l'AP-HP en partenariat avec les Transmetteurs, une association d'anciens médecins retraités du Samu¹¹⁵. Le rôle de ce nouveau service est d'intervenir au domicile de personnes isolées dont l'état ne nécessite pas une prise en charge médicale, et de désengorger ainsi le Samu et les services d'urgences. Le docteur Suzanne Tartière, responsable du projet, précise que l'EMU a vocation à répondre aux appels complexes concernant des problèmes médico-psycho-sociaux, et de mettre en lien ces patients souvent âgés avec les associations et les services les mieux à même de les aider (dont le CLIC-PENE fait parti)¹¹⁶. Concernant l'action n°4, Claude Cormier propose également de créer un protocole de prise en charge des situations relevant de problématiques psychiques à destination des services intervenant au domicile des personnes âgées (SSIAD, SAD et EMU), qui prévoirait notamment des relais avec les CMP du territoire.

Enfin, concernant le troisième axe visant à « mettre en œuvre un programme de gestion de l'insuffisance cardiaque chez les sujets âgés de 75 ans et plus » (axe qui constitue à part entière l'action n°6 de la feuille de route), Nadine Idalgo (RSPN) insiste sur la nécessité de développer un système d'information partagé entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées¹¹⁷. En effet, il est très difficile pour les acteurs de terrain de centraliser les informations nécessaires au suivi actif des patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque, du fait de leur dispersion au sein de plusieurs bases de données (PMSI, SNIIRAM, ERASME, LOGI-CLIC, etc.).

Il ressort ainsi de l'analyse du projet et des entretiens réalisés que l'un des facteurs essentiels de l'atteinte des différents objectifs de la feuille de route est la mise en œuvre réussie de la nouvelle gouvernance territoriale promue dans le contrat de territoire. Comme nous allons le voir à présent, le développement de la fonction « animation territoriale » chez les IASS de la DT de Paris joue un rôle clef dans cette réussite, et permettra à l'avenir de répliquer ce type de démarche à d'autres territoires d'intervention parisiens.

¹¹⁵ Entretien réalisé avec Claude Cormier (responsable du CLIC-PENE) le 2 novembre 2012.

¹¹⁶ SUDRY-LE DU (C.), « Des médecins retraités au secours du Samu », *Métro*, édition du mardi 30 octobre 2012.

¹¹⁷ Entretien réalisé avec Nadine Idalgo (directrice du RSPN) le 6 novembre 2012.

III - Le développement de la fonction « animation territoriale » chez les IASS de la délégation territoriale de Paris, un enjeu pour la réussite du projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

Le projet « 9-10-19 » est un projet multi partenarial, dont la complexité a nécessité le soutien de l'ANAP et du cabinet Antares Consulting. Cependant, cet accompagnement dont bénéficie l'ARS d'Ile-de-France n'a pas vocation à perdurer, tandis qu'elle va devoir continuer à agencer des logiques d'acteurs plurielles en mode projet afin de rendre effective la « responsabilité populationnelle collective » promue dans le PRS et le contrat de territoire, et de s'assurer ainsi de l'atteinte des objectifs fixés. Comme nous allons le voir à présent, un enjeu d'animation territoriale fort se dégage, que les IASS de la DT de Paris doivent s'approprier afin de permettre la réussite du projet et, le cas échéant, sa réplique à d'autres territoires d'intervention parisiens.

3.1 Un projet multi partenarial complexe présentant un enjeu d'animation territoriale important, piloté par l'ARS d'Ile-de-France en lien avec l'ANAP

3.1.1 Un transfert progressif du pilotage du projet du siège de l'ARS d'Ile-de-France à la DT de Paris

Le projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris est né en 2010, au moment de la création des ARS. Il s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation nationale et d'un accompagnement de l'ANAP mené avec trois ARS : celles d'Ile-de-France, des Pays-de-la-Loire et du Languedoc-Roussillon. Suite aux diagnostics de territoire réalisés entre 2010 et 2011, seuls deux territoires des régions Ile-de-France (le territoire « 9-10-19 ») et Pays-de-la-Loire (le Sud-Ouest mayennais) ont été retenus pour concevoir et mettre en œuvre une feuille de route.

Compte tenu de l'enjeu que représente le vieillissement de la population pour la qualité et l'efficacité du système de santé français, l'objectif poursuivi au niveau national est que les démarches expérimentales engagées puissent être répliquées dans d'autres régions. Les LFSS pour 2012 et 2013 ont ainsi prévu des incitations financières et des outils supplémentaires pour des projets pilotes visant à améliorer les parcours de santé des personnes âgées (cf. 1.2.2).

On devine donc l'intérêt stratégique que revêt le projet « 9-10-19 » pour l'ARS d'Ile-de-France. En effet, ce projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées constitue une expérience concrète et visible pour objectiver et appuyer les demandes des ARS au niveau national, notamment en matière de dérogations pour favoriser le partage

d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge au niveau local, et de fongibilités entre les différentes enveloppes de l'Assurance-maladie.

Selon Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris), c'est pour cette raison que le siège de l'ARS d'Ile-de-France a souhaité piloter directement le projet au moment de son lancement en 2010¹¹⁸. Si ce pilotage centralisé a été utile durant la phase d'études médico-économiques (réalisées par l'ANAP et Antares Consulting) nécessaires à la réalisation du diagnostic de territoire et à l'application du modèle *Balance of Care* (cf. 2.1.3), il a également eu pour effet de mettre en difficulté la DT de Paris, dans la mesure où le siège a traité directement avec les acteurs du territoire, qui sont pourtant ses interlocuteurs « naturels ».

En mars 2012, au moment de la préparation du comité de pilotage qui a arrêté la feuille de route et les actions à mettre en œuvre, l'ANAP a mis en garde l'ARS concernant la structuration de son équipe-projet interne¹¹⁹. En effet, le lancement de la feuille de route correspond à une phase nouvelle du projet, nécessitant un maillage resserré entre l'ARS et les acteurs partenaires du territoire, afin qu'elle puisse venir en appui de ces derniers dans la mise en œuvre des actions. Ainsi, afin d'assurer un portage stratégique au plus près des professionnels de terrain, le siège de l'ARS d'Ile-de-France a décidé de transférer le pilotage du projet « 9-10-19 » à la DT de Paris.

Depuis le 30 mars 2012, la DT de Paris a désormais pour mission d'assurer la mise en œuvre des six actions prévues dans la feuille de route du projet, de parvenir à la signature du contrat de territoire formalisant les engagements de chacun des acteurs, et de définir, avec le soutien de l'ANAP et du cabinet Antares Consulting, les outils de gouvernance de ce contrat (outils d'animation et de suivi). Concernant l'évaluation, la DT de Paris devra également produire un bilan annuel de la mise en œuvre des actions. A cette fin, la DT a mobilisé en son sein une équipe d'interlocuteurs chargés d'assurer la vision stratégique d'une part, et la mise en œuvre opérationnelle d'autre part.

Cette équipe est composée du délégué territorial, de la cheffe du pôle OSMS (remplacée à partir d'octobre 2012 par la nouvelle cheffe du département « établissements de santé » de la DT) et d'un médecin inspecteur de santé publique. Au sein de celle-ci, le délégué territorial est chargé de présider les différents comités constitués pour le projet (comité « équipe-projet », comité de pilotage et comité technique opérationnel), et de co-présider un comité stratégique régional avec la directrice de l'offre de soins et médico-sociale du siège de l'ARS. La cheffe du département « établissements de santé » et le MISP sont quant à eux chargés de suivre la mise en œuvre opérationnelle de la feuille de route, et de

¹¹⁸ Entretien réalisé avec Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris) le 7 novembre 2012.

Les personnes mobilisées au niveau du siège de l'ARS d'Ile-de-France sont la directrice de l'offre de soins et médico-sociale (Andrée Barreteau), le chef du pôle « appui à la qualité et à la performance de l'offre de soins » (Maxime Cauterman) et la référente « gériatrie – personnes âgées » (Pr Sylvie Legrain).

¹¹⁹ Compte-rendu de la réunion du « comité équipe-projet » (ARS d'Ile-de-France, ANAP, Antares Consulting) du 22 mars 2012.

s'assurer ainsi de la pérennité de l'adhésion des acteurs de terrain au projet.

Comme nous allons le voir à présent, l'analyse du fonctionnement du comité « équipe-projet » (constitué avec l'ANAP et le cabinet Antares Consulting) révèle que l'ingénierie du projet « 9-10-19 » a été largement externalisée, ce qui invite à questionner le rôle exact joué par la DT de Paris.

3.1.2 L'externalisation de la fonction ingénierie de projet : quelle place pour la DT de Paris ?

Le cadrage et le lancement du projet « 9-10-19 » ont permis d'arrêter les objectifs généraux du projet et de mobiliser les professionnels de terrain. Dans le même temps, la conduite de ce type de projet complexe a rendu nécessaire la constitution de trois comités aux compétences spécifiques, chargés du pilotage stratégique, du pilotage opérationnel et de l'ingénierie de projet. Depuis le 30 mars 2012, ils sont présidés par le délégué territorial de Paris.

Sur le plan stratégique, un comité de pilotage du projet a été créé. Il réunit notamment des représentants de l'ARS d'Ile-de-France et du conseil général, des financeurs (CPAM de Paris) ainsi que des représentants d'usagers (Comité départemental des retraités et des personnes âgées de Paris). Le comité de pilotage a été chargé de valider les objectifs et le périmètre du projet, de partager les constats du diagnostic de territoire et de valider la feuille de route. Désormais, il est chargé de veiller à sa bonne exécution et d'évaluer l'atteinte des résultats.

Sur le plan opérationnel, un comité technique a été mis en place. Il est composé de l'équipe-projet interne à la DT de Paris, de l'ANAP, d'Antares Consulting et des binômes de référents/chefs de projet de chacune des six actions de la feuille de route. L'ANAP précise que « les participants sont impliqués dans les travaux en tant qu'experts de terrain sur l'optimisation des parcours »¹²⁰. Ainsi, le comité technique opérationnel a contribué aux travaux menés par l'ANAP et Antares Consulting sur le diagnostic de territoire, à la définition des parcours dits « appropriés » dans le cadre des ateliers *Balance of Care* ainsi qu'à l'élaboration de la feuille de route.

Enfin, un comité « équipe-projet » a été constitué afin d'assurer l'ingénierie de projet. Il réunit l'équipe-projet interne à la DT de Paris, l'ANAP et Antares Consulting. Au sein de ce comité, la DT est responsable du projet, et de ce fait, est décisionnaire des orientations et des actions retenues sur le territoire « 9-10-19 ». Cependant, Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris) précise qu'au départ, l'ANAP « avait la main » et que sa mission

¹²⁰ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.14.

« dépassait celle d'un simple appui à l'ARS »¹²¹. Ainsi, c'est elle qui a réalisé le diagnostic de territoire, en allant à la rencontre des professionnels de terrain et en analysant les diverses bases de données exploitées. Elle a également rédigé le contenu de la feuille de route ainsi que le contrat de territoire, avec l'aide d'Antares Consulting.

En effet, l'ANAP a sous traité au cabinet de consultants Antares une partie de l'expertise technique, notamment concernant les analyses médico-économiques nécessaires à l'application du modèle *Balance of Care*, ainsi que certains aspects de la méthodologie de projet (préparation des supports pour les réunions des différents comités, rédaction de comptes-rendus, etc.). Si le fait qu'un organisme public « d'appui à la performance » s'adjoigne l'aide d'un cabinet de consultants privé pour accompagner l'ARS ne paraît pas de prime abord évident, l'ANAP justifie ce choix, car Antares a permis « d'avancer plus vite » et de bénéficier d'un retour sur des expériences menées à l'étranger (cf. le modèle *Balance of Care*, appliqué au Royaume-Uni, en Espagne et en Suisse)¹²².

Présents aux côtés de l'ARS d'Ile-de-France depuis juin 2010, l'ANAP et Antares Consulting ont vocation à rester mobilisés sur le projet jusqu'en juin 2013. Depuis le lancement de la feuille de route en juin 2012, ils sont censés créer des tableaux d'indicateurs pour chacune des actions, et assurer un « coaching » de la DT de Paris, afin qu'elle puisse accompagner ensuite les professionnels de terrain dans la mise en œuvre des actions. Or il apparaît qu'actuellement ce travail d'accompagnement des acteurs de terrain est réalisé directement par l'ANAP et Antares, en lieu et place de la DT. Ce travail consiste notamment à rencontrer les binômes de référents/chefs de projet de chaque action avant les réunions des différents groupes de travail pour évaluer avec eux les difficultés rencontrées et hiérarchiser les priorités.

Cette délégation de tâches, qui s'explique en grande partie par les changements de personnels auxquels a du faire face l'équipe-projet interne à la DT de Paris ces derniers mois (cf. 2.2.3), est de nature à nuire au transfert de compétences prévu à l'origine entre l'ANAP et l'ARS d'Ile-de-France. Cela apparaît d'autant plus problématique que les acteurs de terrain rencontrés expriment des attentes importantes vis-à-vis de la DT, tant sur plan de l'accompagnement humain que du soutien financier.

En effet, l'ANAP souligne que l'implication de la DT de Paris constitue un facteur essentiel de réussite, dans la mesure où elle assure à l'équipe-projet « une connaissance fine des acteurs du territoire, des dynamiques locales, un relais incontournable qui sera mobilisé *en première ligne* dans la conduite des actions identifiées dans le cadre du diagnostic territorial »¹²³. Pour Antares, la légitimité de la DT de Paris est avant tout institutionnelle ; en tant que garante de l'offre de soins sur le territoire, elle est également garante des parcours de

¹²¹ Entretien réalisé avec Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris) le 7 novembre 2012.

¹²² Entretien réalisé avec Marie-Dominique Lussier et Claire Musiol (ANAP) le 8 novembre 2012.

¹²³ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.13.

santé des personnes âgées et d'une cohésion globale des actions menées par chacun des acteurs dans le cadre du projet¹²⁴.

Ainsi, il apparaît clairement qu'au sein du comité « équipe-projet », l'ingénierie de projet a été entièrement déléguée à l'ANAP et Antares Consulting. Le rôle de la DT de Paris correspond davantage à de l'animation territoriale, dans la mesure où elle est censée garantir l'implication de chacun des acteurs et le maintien de leur coordination sur le long terme, notamment une fois que l'ANAP et Antares se seront retirés du projet en juin 2013.

Au delà de ce rôle d'animation, la DT de Paris a également joué un rôle politique certain, en favorisant la participation du conseil général à l'échelon stratégique de la future gouvernance prévue dans le contrat de territoire, aux côtés de l'ARS et de la CPAM de Paris. Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris) rapporte que cette implication du conseil général n'allait pas de soi au départ. Des rencontres bilatérales avec l'adjointe au Maire de Paris en charge des personnes âgées et avec la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) du département ont ainsi permis de passer « d'un partenariat formel à une implication réelle » du conseil général dans le projet, légitimant ainsi la place du CLIC-PENE (cogéré par le CASVP) au sein des groupes de travail¹²⁵.

Comme nous allons le voir à présent, l'animation territoriale a joué un rôle important dès le lancement du projet « 9-10-19 », avant de se voir formellement conférer un rôle central dans la nouvelle gouvernance prévue dans le contrat de territoire.

3.1.3 Des logiques d'acteurs plurielles à agencer en mode projet : un rôle central de l'animation territoriale à deux niveaux distincts du nouveau schéma de gouvernance

Porté par l'ARS d'Ile-de-France avec le soutien de l'ANAP et du cabinet Antares, le projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris a été largement co-construit avec les professionnels de terrain. Dès son lancement, cette démarche multi partenariale a nécessité de mettre en œuvre des compétences d'animation territoriale, dans le but de faire émerger sur le territoire du projet une « responsabilité populationnelle collective ».

En premier lieu, il était nécessaire de repérer sur le territoire « 9-10-19 » les acteurs volontaristes, afin de les associer dès la démarche de diagnostic au projet, pour s'assurer ensuite de leur mobilisation au moment de la définition puis de la mise en œuvre des actions prévues dans la feuille de route.

Cette recherche d'adhésion à un projet commun d'acteurs issus d'un même territoire mais évoluant dans différents champs d'action (sanitaire, social, médico-social) relève pleinement de l'animation territoriale. En effet, il s'agit notamment de recueillir les attentes des

¹²⁴ Entretien réalisé avec Sophie Banon et Adrien Boustani (Antares Consulting) le 30 octobre 2012.

¹²⁵ Entretien réalisé avec Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris) le 7 novembre 2012.

professionnels de terrain, afin de saisir leurs représentations des problèmes à résoudre et des voies d'amélioration possibles dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie du territoire. Ce travail permet également de comprendre le rôle exact joué par les acteurs rencontrés dans l'offre de service en présence, afin de définir, une fois la délimitation du périmètre du projet finalisée, les modalités d'implication de chacun d'eux. L'ANAP distingue ainsi les acteurs qui auront un rôle décisionnel, ceux qui auront un rôle opérationnel, les « personnes ressources » mobilisées ponctuellement, et enfin, les acteurs qui seront à même d'assurer un relais des connaissances et expériences tirées du projet¹²⁶.

Afin d'agencer en mode projet les logiques professionnelles propres à chacun des acteurs mobilisés sur le territoire, il apparaît que des compétences de communication et de pédagogie du changement sont essentielles. Ces compétences, auxquelles s'ajoute une nécessaire fine connaissance du territoire d'action du projet, relèvent de l'animation territoriale. Il s'agit en effet « de faire le lien entre les différentes activités et l'ensemble des acteurs impliqués », en leur donnant des informations transparentes et régulières pour les maintenir impliqués dans le projet. Ces communications peuvent prendre différentes formes : lettres d'information périodiques, diffusion systématique des comptes-rendus des groupes de travail, etc. Ainsi, le pilote-animateur du projet doit donner de la visibilité et de la clarté sur les objectifs poursuivis, la méthodologie et les différentes étapes à suivre, afin que les initiatives prises par les différents acteurs mobilisés trouvent une cohérence d'ensemble¹²⁷. Dans le cadre de sa mission, le pilote-animateur doit également faire preuve d'une pédagogie certaine pour aboutir à un véritable changement des pratiques et des positionnements des acteurs.

D'après Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris), cette approche de l'animation territoriale relève en fait d'un type d'ingénierie de projet particulière, s'appliquant aux conditions optimales que requiert la mise en œuvre d'un projet de santé sur un territoire. L'animation territoriale implique donc un travail en mode projet et en transversalité avec des acteurs issus des champs sanitaire, social et médico-social, dans une logique de coproduction de l'action publique locale¹²⁸.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance prévue dans le contrat de territoire, l'animation territoriale se voit conférer un rôle central. En effet, on la retrouve à deux niveaux distincts dans le schéma de gouvernance.

Le contrat de territoire stipule ainsi que « les modalités de gouvernance prévoient la présence du référent de programme chargé de s'assurer de l'avancement de la mise en œuvre opérationnelle et de la centralisation de l'information afin de la partager. A ce titre, la Délégation Territoriale de Paris contribuera à la mobilisation des ressources nécessaires à la continuité du projet. La Délégation Territoriale de Paris procédera au recrutement du référent

¹²⁶ ANAP, *op.cit.*, 2011, p.14.

¹²⁷ *Ibidem*, p.20.

¹²⁸ Entretien réalisé avec Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris) le 7 novembre 2012.

de programme dans l'attente d'un support juridique associant l'ensemble des acteurs du parcours de santé de la personne âgée »¹²⁹.

Ce futur animateur territorial/référent de programme aura pour mission d'articuler les travaux du comité de coordination territoriale¹³⁰ et des groupes de travail mobilisés sur les six actions de la feuille de route. Concrètement, le référent de programme prendra le relais de l'ANAP dans son travail actuel d'accompagnement des professionnels de terrain et de suivi de la mise en œuvre opérationnelle de la feuille de route. Cela suppose notamment de rencontrer les acteurs de terrain avant leurs réunions afin de hiérarchiser avec eux les priorités, voir comment il est possible de dépasser les difficultés rencontrées, définir des échéanciers, etc. Il devra ensuite collecter sous forme de tableau de bord les informations relatives à l'évaluation et au suivi des actions pour les présenter ensuite au comité de coordination territoriale, dont il transmettra les décisions aux groupes de travail.

A l'heure actuelle, il est prévu que cet animateur/référent de programme soit recruté par la DT de Paris grâce au FIR. Cependant, une fois que la MAIA du territoire « 9-10-19 » aura été créée, il sera directement rattaché au futur GCSMS (cf. 2.2.1).

Par ailleurs, des compétences d'animation territoriale seront également requises pour piloter le futur comité de coordination territoriale, chargé « d'assurer la coordination entre toutes les structures afin de garantir et d'améliorer la fluidité du parcours de santé »¹³¹. A cette fin, le comité définira les objectifs du projet de territoire tous les trois ans, assurera la mobilisation des acteurs et des ressources, mandatera les professionnels des groupes de travail et évaluera les résultats des actions. Cette instance travaillera en collaboration étroite avec le référent de programme.

Au stade actuel des réflexions, le représentant de la DT de Paris aura la charge d'animer les comités de coordination territoriale, et rendra compte de ses travaux devant la commission de coordination des politiques publiques, qui regroupe les institutions décisionnaires impliquées dans le projet (ARS d'Ile-de-France, Département de Paris, Assurance-maladie)¹³².

Il apparaît ainsi que la nouvelle gouvernance prévue dans le contrat de territoire nécessite que la DT de Paris mobilise en son sein des ressources et des compétences d'animation territoriale. Il convient donc d'étudier à présent quels sont les leviers dont dispose la DT pour développer cette fonction stratégique qui permettrait, au delà de la réussite du

¹²⁹ ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, p.18.

¹³⁰ Le comité de coordination territoriale sera composé de représentants techniques de la DT de Paris, du conseil général, de la CPAM de Paris, de la filière gériatrique, du CLIC-PENE et du RSPN (cf. schéma p.46).

¹³¹ ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, p.17.

¹³² La commission de coordination des politiques publiques aura notamment la charge d'arbitrer les décisions stratégiques et de valider les propositions d'avenants au contrat de territoire formulées par le comité de coordination territoriale. A terme, cette commission pilotera l'ensemble des contrats de territoire de la région Ile-de-France, qu'ils portent sur d'autres territoires et/ou sur d'autres populations.

projet, de répliquer la démarche engagée dans le nord-est de Paris sur d'autres territoires.

3.2 Le développement de la fonction « animation territoriale » chez les IASS de la délégation territoriale de Paris, facteur essentiel de la réussite du projet et de sa réplication sur d'autres territoires

Avant d'envisager les marges de manœuvre de l'animateur territorial qui sera mobilisé par la DT de Paris pour représenter l'ARS d'Ile-de-France au sein du comité de coordination territoriale, il convient de définir ce que recouvre exactement la fonction animation territoriale dans les ARS, et de présenter le contexte de réorganisation que connaît actuellement la DT de Paris.

3.2.1 L'animateur territorial en ARS : un ingénieur de projets transverses à mobiliser, afin d'optimiser le pilotage du contrat de territoire, d'évaluer les actions et de répliquer la démarche sur d'autres territoires

La création des ARS a eu pour vocation première de décloisonner le système de santé. Dans ce cadre, les DT s'appuient sur le PRS pour territorialiser la stratégie des agences. Ainsi, l'animation territoriale apparaît clairement comme une fonction dévolue aux agents des DT. Cependant, force est de constater qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun référentiel de compétences au niveau national définissant de manière précise cette fonction qui peut être exercée par les IASS.

Il convient d'emblée de souligner que la dimension territoriale des politiques de santé publique n'est pas nouvelle. Ainsi, des fonctions d'animation territoriale sont assurées de longue date par l'Etat dans différents métiers de ses services déconcentrés, ainsi que par les agents des collectivités territoriales, notamment depuis les lois Defferre de 1982-1983 et la réforme constitutionnelle de 2003.

Du point de vue des administrations sanitaires et sociales de l'Etat, le concept d'animation territoriale est à rapprocher de celui « d'ingénierie sociale », lui même lié à la notion de gouvernance. D'après Annick Morel, ces différentes notions ont émergé dans les années 1980, à un moment où l'Etat a renouvelé son mode d'intervention sur le plan local, dans un contexte de réorganisation territoriale des politiques sanitaires et sociales liée notamment à la décentralisation. Ainsi, les DRASS et les DDASS ont davantage fait appel « à la coopération des acteurs de terrain et à leur interaction pour la co-construction d'actions publiques »¹³³. Dans un contexte institutionnel qui voit peu à peu apparaître des acteurs nombreux et la nécessité de partenariats multiples, la conception traditionnelle de l'action

¹³³ MOREL (A.) (IGAS), *Rapport du groupe de travail sur l'ingénierie sociale*, 2008, p.4.

publique qui s'imposerait unilatéralement aux acteurs de manière réglementaire, verticale et descendante s'estompe, au profit d'une gouvernance partenariale dont le principal outil est la contractualisation.

En effet, comme le soulignent Françoise Jabot et Patricia Loncle, la démarche de planification et de programmation par objectifs « ne saurait avoir lieu sans une large participation des acteurs concernés ». Il s'agit ainsi, dans le cadre d'un SROS ou bien d'un projet plus local comme celui qui est l'objet de cette étude, de « convoquer des acteurs issus d'horizon variés, dans le souci de concevoir collectivement une approche, puis une expertise, des thèmes abordés, et faire des choix consensuels pour la mise en œuvre du programme »¹³⁴.

De même qu'au sein des DRASS et des DDASS à partir des années 1980, les agents actuels des ARS usent de la figure du « diplomate de l'échelon local » pour parvenir à fédérer des acteurs issus de divers champs, et créer les conditions de leur adhésion et de leur mobilisation en faveur des objectifs stratégiques de l'agence. Ainsi, l'animation territoriale sert une conception de l'action publique partagée, dans une optique de « coproduction de l'intérêt général »¹³⁵.

Au sein des ARS, l'animation territoriale est principalement exercée par les IASS, mais peut l'être également par les MISP ou encore les cadres contractuels de droit public ou de l'assurance-maladie. Il ne s'agit pas d'un métier à part, mais d'une fonction, qui requiert des compétences multiples, nécessaires tant au suivi et à l'évaluation du projet « 9-10-19 » qu'à sa réplication sur d'autres territoires.

Concernant le suivi et l'évaluation du projet, la nouvelle gouvernance prévoit implicitement qu'un animateur territorial devra être mobilisé par la DT de Paris pour représenter l'ARS d'Ile-de-France au sein du comité de coordination territoriale¹³⁶. Celui-ci devra mobiliser des compétences à la fois techniques et relationnelles.

Sur le plan technique nous l'avons vu, l'animateur territorial en ARS doit savoir conduire des projets multi partenariaux complexes. Il s'agit ainsi de posséder des capacités d'analyse des enjeux politiques, médico-économiques, sanitaires et sociaux, d'être en mesure d'organiser des partenariats de conception et de financement, d'orienter et de suivre les interventions des acteurs de terrain, et enfin, de mettre en place des dispositifs d'évaluation des actions entreprises. Sur ce dernier point, l'animateur territorial issu de la DT de Paris devra, en lien avec la commission de coordination des politiques publiques, réaliser un bilan

¹³⁴ JABOT (F.), LONCLE (P.), « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Revue française de santé publique*, vol.19, 2007, p.23.

¹³⁵ ARS d'Ile-de-France, *Éléments de réflexion et de proposition relatifs au rôle des délégations territoriales en matière d'animation territoriale*, note interne, 2012.

¹³⁶ Cf. 3.1.3. Le contrat de territoire stipule qu'un représentant technique de l'ARS d'Ile-de-France participera futur au comité de coordination territoriale, sans mentionner s'il s'agira ou non d'un agent de la DT de Paris, ni la notion d'animation territoriale. Celle-ci est réservée au « référent de programme » financé par l'ARS via le FIR, mais rattaché à la future MAIA du territoire (constituée *a priori* sous forme de GCSMS).

annuel de la mise en œuvre du contrat de territoire qui retracera les résultats et exposera, le cas échéant, les leviers mobilisables pour actualiser la feuille de route et impulser des actions nouvelles¹³⁷.

Pour cela, l'animateur disposera notamment du tableau de bord et des indicateurs de processus et de résultats (construits par l'ANAP) renseignés par le référent de programme. Outre le contrat de territoire qui fonde son action, ses autres outils seront l'annuaire mis en place par le réseau de santé et la filière gériatrique (les « Pages gérontologiques ») ainsi que le levier financier que représente le FIR, dont l'utilisation sera soumise à approbation du siège de l'ARS.

Sur le plan relationnel, outre les compétences en communication et en pédagogie du changement évoquées précédemment, l'animateur territorial issu de la DT devra veiller à entretenir une très bonne connaissance des acteurs de santé du territoire et de leurs stratégies propres, et démontrer des capacités de négociation avec les différents acteurs partenaires du projet.

De façon générale, la légitimité d'un animateur territorial est avant tout institutionnelle, mais elle provient également de son expertise et de sa capacité à conseiller les opérateurs de terrain. Dans le cadre du projet « 9-10-19 », le choix a été fait de répartir les fonctions d'animation entre deux acteurs différents : l'animateur territorial issu de la DT de Paris, chargé d'animer le comité de coordination territoriale et de rendre compte devant la commission de coordination des politiques publiques, et l'animateur/référent de programme, rattaché directement à la futur MAIA mais financé via le FIR aux mains de l'ARS. Cette décision, qui répond à l'impossibilité pour la DT de Paris de mobiliser un « équivalent temps plein » (ETP) consacré uniquement à l'animation territoriale du projet, présente l'avantage de conférer au futur animateur/référent de programme une légitimité issue « du terrain ».

Afin de pouvoir répliquer la démarche conduite par l'ANAP dans le nord-est de Paris à d'autres territoires parisiens, il est important que l'animateur territorial de la DT de Paris sache réaliser un diagnostic de territoire, préalable nécessaire à l'impulsion d'actions et de pratiques nouvelles. Outre des compétences élémentaires en ingénierie de projet, la méthodologie du diagnostic requiert également des outils de veille et d'observation partagés, et surtout, beaucoup de temps.

Comme nous allons le voir à présent, l'organisation de la DT de Paris qui a prévalu jusque fin 2012 ne permettait pas de mobiliser de façon optimale les ETP nécessaires à la conduite d'un tel projet sans appui externe.

¹³⁷ ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, p.19.

3.2.2 La réorganisation de la DT de Paris : une opportunité pour le développement de la fonction animation territoriale, à compléter par une politique de formation ambitieuse

Au moment de la création de l'ARS d'Ile-de-France en 2010, le choix a été fait de diviser le pôle OSMS de la DT de Paris en trois départements « territoriaux » correspondant à un découpage de la capitale en trois territoires d'intervention (nord, est et sud-ouest)¹³⁸. L'idée était que la politique de décloisonnement des secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier promue par la loi HPST impliquait une approche transversale de l'action, fondée sur une organisation territorialisée de sa mise en œuvre. Cependant, cette organisation singulière a été perçue comme un échec sur le plan de l'animation territoriale et ce, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, la territorialisation de la DT de Paris s'est heurtée à l'organisation cloisonnée du siège de l'ARS. En effet, les directions « métiers » du siège sont organisées dans une logique de « tuyaux d'orgue »¹³⁹, incompatible avec l'organisation territorialisée de la DT de Paris. Par ailleurs, le découpage de la capitale retenu pour le pôle OSMS n'était pas pertinent, au regard des territoires de santé définis par l'ARS (correspondant aux départements), du périmètre des groupes hospitaliers de l'AP-HP et des zones prioritaires du nord-est parisien. Sans cellule d'appui spécifique, on comprend ainsi que cette organisation n'était pas favorable au développement d'une animation territoriale fondée sur la conduite de projets transversaux.

Pour cette raison notamment, la DT a engagé au printemps 2012 une démarche de changement d'organigramme. La nouvelle organisation retenue, qui est entrée en œuvre depuis janvier 2013, revient à un modèle classique fondé sur une organisation du pôle OSMS en « tuyaux d'orgue », en ligne avec celle du siège. Concernant l'animation territoriale, un pôle « innovation et démocratie sanitaire » a été créé, au sein duquel figure une cellule « stratégie et projets transversaux ». Cette cellule de coordination et d'appui méthodologique sanctuarise trois ETP dédiés à la veille territoriale et partenariale, au suivi des conférences de territoire et à la gestion de projets transversaux qui concernent notamment les parcours de santé prioritaires du PSRS. Au besoin, la cellule mobilisera ponctuellement des agents issus d'autres pôles sur certains projets prioritaires. Il est ainsi prévu que l'actuelle cheffe du département « établissements de santé » accorde environ 20% de son temps à l'animation et aux travaux du futur comité de coordination territoriale prévu dans le contrat de territoire du

¹³⁸ Concrètement, les trois « coordinateurs de territoire » du pôle OSMS exercent une autorité hiérarchique sur un département « territorial » composé d'agents chargés de gérer l'offre ambulatoire, médico-sociale ou hospitalière. Cependant, les « coordinateurs de territoire » demeurent dans le même temps « référent thématique » pour l'un des trois secteurs à décloisonner, et entretiennent ainsi au quotidien des relations fonctionnelles avec les agents issus d'autres « départements territoriaux » mais travaillant sur leur thématique.

¹³⁹ A titre d'exemple, la direction OSMS du siège est subdivisée en trois pôles thématiques : « ambulatoire et services aux professionnels de santé », « médico-social » et « établissements de santé ».

projet « 9-10-19 »¹⁴⁰.

Par ailleurs, le siège de l'ARS d'Ile-de-France a eu un moment le projet de recentrer au niveau régional les fonctions « régaliennes » des DT (inspection, contrôle, tarification, gestion des autorisations, etc.), afin de les positionner au plus près des professionnels dans des missions d'appui et d'animation territoriale renforcées. L'abandon de ce projet semble finalement être un atout pour l'animation territoriale et l'exercice du métier d'IASS. Selon Anne Lemoine-Pape (ancienne responsable de la formation des IASS), la complémentarité des fonctions légales et réglementaires des IASS et de l'animation territoriale est un atout majeur, dans la mesure où elle fonde la reconnaissance de leur expertise auprès des opérateurs locaux¹⁴¹. Ainsi, l'« IASS-animateur » est avant tout un négociateur, qui donne aux acteurs d'un territoire donné les moyens de coopérer pour fluidifier les parcours de santé à partir des différents leviers dont dispose l'ARS, notamment en matière de contractualisation (CPOM, GCS, GCSMS, MIGAC).

Si la réorganisation de la DT de Paris est un atout incontestable pour répliquer à d'autres territoires la démarche conduite par l'ANAP dans le nord-est de Paris, il apparaît également important de renforcer l'outillage de l'ensemble des DT en matière d'expertise nécessaire à l'ingénierie de projet en santé publique.

Idéalement, les expériences menées sur le territoire « 9-10-19 » et dans le Sud-Ouest mayennais doivent pouvoir être reproduites par chaque DTARS du pays, sans le soutien de l'ANAP. Il conviendrait pour cela que le secrétariat général des ministères sociaux (SGMS) développe un référentiel de compétences national en matière d'animation territoriale, préalable nécessaire à la mise en œuvre de dispositifs de formation continue au sein des ARS. A cette fin, un comité de pilotage pourrait être constitué entre des représentants du SGMS, de l'EHESP, de l'EN3S et de l'ANAP pour définir ces compétences et les contenus de ces formations en animation territoriale/ingénierie de projet. Par ailleurs, un réseau de formateurs régionaux pourrait être formé, ce qui permettrait ensuite aux ARS d'essaimer le référentiel commun à l'ensemble des DT. Les formations dispensées privilégieraient un caractère pratique (études de cas pour l'élaboration d'un diagnostic de territoire et d'une feuille de route, analyse médico-économique, méthodologie de l'évaluation) ainsi que la pluridisciplinarité des agents formés (IASS, MISP, contractuels).

- Recommandation n°1 : développer un référentiel de compétences national en matière d'animation territoriale ;

- Recommandation n°2 : développer un réseau de formateurs régionaux en animation territoriale/ingénierie de projet en santé publique.

¹⁴⁰ Entretien réalisé avec Rodolphe Dumoulin (ex délégué territorial de Paris) le 7 novembre 2012.

¹⁴¹ Entretien réalisé avec Anne Lemoine-Pape (responsable des affaires générales et de la coordination des actions, direction de la santé publique de l'ARS d'Ile-de-France) le 6 novembre 2012.

Avant de répliquer la démarche à d'autres territoires, plusieurs actions peuvent d'ores et déjà être lancées par l'IPASS de la DT de Paris en charge du suivi du projet « 9-10-19 » et par l'animateur/référent de programme, afin d'optimiser la mise en œuvre des actions prévues dans la feuille de route.

3.2.3 Recommandations pour l'animateur territorial de la DT de Paris et l'animateur/référent de programme

Selon toute vraisemblance, l'actuelle cheffe du département « établissements de santé » de la DT de Paris devrait durant ces prochaines années être chargée de l'animation territoriale du projet « 9-10-19 » au niveau du comité de coordination territoriale prévu dans le contrat de territoire.

En tant que représentante technique de l'ARS d'Ile-de-France placée auprès des acteurs clefs de la coordination gérontologique du territoire, celle-ci pourrait impulser une action auprès de la direction OSMS du siège de l'ARS pour que l'appel à projet concernant la MAIA soit publié le plus rapidement possible, sous peine de démobiliser les acteurs du territoire. En effet, la création de la MAIA est très attendue par la filière gériatrique, le CLIC-PENE et le RSPN. Elle permettrait de renforcer la dynamique d'intégration à l'œuvre depuis plusieurs années sur le territoire « 9-10-19 ».

- Recommandation n°3 : publier dans les plus brefs délais l'appel à projet MAIA pour les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris.

Parallèlement, l'animateur territorial de la DT de Paris pourrait apporter un soutien méthodologique aux acteurs de la coordination dans leur projet de constituer un GCSMS, qui aurait notamment pour vocation de porter la future MAIA du territoire « 9-10-19 ». Cet appui technique aurait également pour objectif de créer un consensus entre les acteurs concernant le statut juridique du futur « GCSMS-MAIA ». Il s'agit là d'un point de vigilance majeur, étant donné qu'un premier projet de « GCSMS-CLIC » sur le territoire a échoué il y a quelques mois à cause d'une divergence de vue juridique (cf. 2.2.1).

- Recommandation n°4 : apporter un soutien méthodologique aux acteurs de la coordination du territoire « 9-10-19 » dans leur projet de se constituer en GCSMS.

En cas de réussite du projet « 9-10-19 » et dans une optique de réplification à d'autres territoires, il pourrait être utile de mettre en œuvre la recommandation de l'IGAS de 2011 visant à expérimenter une tarification des GCSMS eux-mêmes et non de chacune de ses composantes. Le fait de développer ainsi une réelle fongibilité des enveloppes et de « générer

des effets de structures positifs »¹⁴² permettrait d'impulser sur d'autres territoires une dynamique d'intégration des différents acteurs de la coordination gérontologique en présence.

- Recommandation n°5 : inciter les acteurs de la coordination gérontologique à se regrouper sur d'autres territoires, en expérimentant une tarification unique des GCSMS (cf. IGAS).

Une fois que la MAIA aura été créée sur le territoire, il est prévu qu'elle dispose de l'animateur/référent de programme prévu dans le contrat de territoire. Cette personne sera chargée d'assurer l'animation des groupes de travail mobilisés sur les six actions de la feuille de route, et leur articulation avec les travaux du comité de coordination territoriale. Le contrat prévoit que la DT de Paris procède au recrutement de ce référent de programme, dans l'attente de la création du futur GCSMS. Une proposition de fiche de poste déclinant les missions et les compétences requises pour cet emploi figure en annexe de la présente étude¹⁴³. Idéalement, l'animateur territorial de la DT de Paris pourrait accompagner le futur référent de programme durant les premiers mois de sa prise de poste, en le formant notamment au maniement du tableau de bord de suivi et des indicateurs construits par l'ANAP.

- Recommandation n°6 : proposition d'une fiche de poste « animateur/référent de programme » du contrat de territoire¹⁴⁴ ;

- Recommandation n°7 : assurer une formation du futur animateur/référent de programme au maniement du tableau de bord de suivi et des indicateurs construits par l'ANAP.

Par ailleurs, il serait opportun que l'ARS d'Ile-de-France présente la candidature du projet « 9-10-19 » à l'appel à projet national relatif aux « projets pilotes sur les parcours de santé des personnes âgées » prévu à l'article 41 de la LFSS pour 2013. En effet, cet article prévoit un financement de 45 millions d'euros en année pleine aux cinq territoires pilotes qui seront désignés durant l'été 2013. Cette manne financière supplémentaire, qui parviendra aux porteurs de projet dès le mois de septembre, permettrait notamment au futur « GCSMS-MAIA » de recruter un nombre suffisant de gestionnaires de cas, ainsi qu'une infirmière pour élaborer les actions de prévention prévues dans l'action n°1 (« favoriser l'éducation thérapeutique, informer et soutenir l'éducation thérapeutique »). Par ailleurs, ces fonds faciliteraient le recrutement du référent administratif et de « l'infirmière de suivi » nécessaire à la mise en œuvre du programme PICSA (action n°6). L'autre intérêt majeur que présente cette candidature est que l'article 41 de la LFSS pour 2013 prévoit également d'autoriser des

¹⁴² FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J), SITRUK (P.), *op.cit.*, p.48.

¹⁴³ Cf. annexe II, p.75.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

déroptions au cadre juridique actuel pour favoriser le partage d'information entre les professionnels du champ de la santé et du secteur social. Etant donné l'intérêt stratégique que représente le projet « 9-10-19 » pour l'ARS d'Ile-de-France, la DT de Paris pourrait requérir un appui de la direction OSMS du siège pour préparer la réponse à l'appel à projet national.

- Recommandation n°8 : présenter la candidature du projet « 9-10-19 » à l'appel à projet national relatif aux « projets pilotes sur le parcours de santé des personnes âgées » issu de l'article 41 de la LFSS pour 2013.

Dans l'immédiat, une réflexion sur le chaînage des données sanitaires et médico-sociales pourrait également être impulsée par la DT de Paris, afin d'optimiser l'analyse et le suivi des parcours de santé des personnes âgées. A cette fin, l'animateur territorial de la DT en charge du projet pourrait proposer la constitution d'un groupe de travail réunissant des représentants de la Direction régionale du service médical de l'Assurance-maladie, du GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal, de la DASES, du CLIC-PENE et du RSPN. En effet, les différents entretiens menés ont fait ressortir que la multiplicité des systèmes d'information engendrait des difficultés dans le repérage et l'analyse des parcours de santé. Aussi, l'objectif de ce groupe de travail serait de réfléchir aux modalités permettant de faire évoluer en transversal ces différentes bases de données (PMSI, SNIIRAM, LOGI-CLIC), pour parvenir à la création d'un système d'information partagé et mesurer ainsi au mieux les effets du projet sur les personnes âgées du territoire « 9-10-19 ».

- Recommandation n°9 : impulser une réflexion au plan local sur le chaînage des données sanitaires et médico-sociales des personnes âgées afin d'optimiser l'évaluation du projet « 9-10-19 ».

Une fois que le « GCSMS-MAIA » aura été créé et l'animateur/référent de programme recruté, ce dernier pourra également impulser un certains nombres d'actions visant à optimiser de façon transversale la mise en œuvre de la feuille de route du projet.

Concernant l'offre de services à domicile et en structures d'hébergement, il convient de réaffirmer le principe du libre choix de la personne âgée bénéficiaire. En effet, comme le soulignait le groupe de travail dirigé par Evelyne Ratte dans le cadre du débat national sur la dépendance de 2011, « il ne peut être question de lui imposer un intervenant ou un type de service. Le choix s'il est libre par principe doit aujourd'hui être davantage éclairé et encadré. Ce qui suppose une bonne information sur les coûts et les prestations offertes »¹⁴⁵. A cette fin, il conviendrait que le référent de programme veille à ce qu'un catalogue de l'offre de services à domicile et en structures d'hébergement du territoire « 9-10-19 » (SSIAD, SAD, EHPAD) soit

¹⁴⁵ RATTE (E.), IMBAUD (D.), *op.cit.*, p.38.

produit, et distribué aux personnes âgées et à leurs aidants lors d'un passage à l'hôpital.

- Recommandation n°10 : réaffirmer le principe du libre choix de la personne âgée pour les services à domicile et les structures d'hébergement, en produisant un catalogue de l'offre en présence sur le territoire « 9-10-19 » pour les usagers et de leurs aidants.

Le référent de programme pourrait aussi réaliser une carte de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire « 9-10-19 » à destination des personnes âgées dépendantes. L'intérêt d'un tel document serait d'accroître la visibilité de l'offre entre les différents professionnels du territoire et de favoriser ainsi leur reconnaissance mutuelle, en complément de la mise en place de l'annuaire gérontologique. Ce document pourrait ensuite être diffusé à l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire « 9-10-19 ».

- Recommandation n°11 : réaliser une carte de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées, et la diffuser à l'ensemble des professionnels de santé concernés du territoire « 9-10-19 ».

Le référent de programme pourrait également envisager une action de communication auprès des médecins généralistes libéraux afin de renforcer leur implication dans le projet « 9-10-19 », essentielle, comme nous l'avons vu, à la pleine réussite du projet. A cette fin, le référent de programme pourrait s'adjoindre l'aide de la directrice du RSPN. Cette action pourrait consister à mettre en place une *newsletter* périodique du projet, qui serait diffusée aux médecins généralistes du territoire, membres ou non du réseau. Des entretiens avec les quelques médecins impliqués à titre individuel dans le projet pourraient être publiés dans la *newsletter*, afin de favoriser un engagement « de pairs à pairs ». Ces entretiens seraient réalisés par le référent de programme, et pourraient porter sur l'intérêt du programme PICSA et le nécessaire renforcement de l'expertise gériatrique des médecins de premier recours.

- Recommandation n°12 : mener une action de communication auprès des médecins généralistes libéraux afin de renforcer leur implication dans le projet « 9-10-19 » (*newsletter* du projet).

Par ailleurs, le référent de programme pourrait convier aux groupes de travail mobilisés sur les actions n°2 (« développer des stratégies alternatives au recours par défaut aux urgences ») et n°4 (« assurer le suivi médical et l'accompagnement au domicile ») la responsable de l'Equipe Mobile d'Urgence mise en place par l'AP-HP en octobre 2012. En effet, ce nouveau service à vocation à répondre aux appels complexes concernant des problèmes médico-psycho-sociaux. Parmi les personnes prises en charge figurent de nombreuses personnes âgées. Aussi, il conviendrait d'associer l'EMU aux projets en cours de « procédure de signalement des personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale pour

une prise en charge par le CLIC-PENE » (cf. sous action n°2.1) et de « protocole de prise en charge à domicile d'usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques » (cf. sous action n°4.3). En dehors des SSIAD et des SAD, ce dernier protocole devrait aussi être diffusé au centre 15 (Samu) et à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP).

- Recommandation n°13 : convier la responsable de la nouvelle l'Equipe Mobile d'Urgence (AP-HP) aux groupes de travail des actions n°2 et n°4.

Il serait également fortement souhaitable que le futur référent de programme participe au comité de coordination de la filière gériatrique au sein duquel figurent notamment les membres signataires de la convention constitutive (quatre établissements de santé offrant des SSR gériatriques supplémentaires), le CLIC-PENE, le RSPN ainsi que des SSIAD, des SAD et des représentants d'usagers. Il pourrait ainsi donner son avis sur la définition des orientations stratégiques de la filière, et proposer, le cas échéant, des actions correctives en cas de dysfonctionnements constatés au sein des groupes de travail de l'action n°2 (« développer des stratégies alternatives de recours par défaut aux urgences ») et n°3 (« faciliter l'accès en filière ainsi qu'à la programmation »). D'ores et déjà, l'identification de référents « sortie d'hospitalisation » au sein des services sociaux des établissements de santé membres de la filière gériatrique, avec lesquels les personnes âgées pourraient organiser à l'avance les conditions de leur sortie, permettrait d'accroître davantage la sécurisation des retours à domicile.

- Recommandation n°14 : faire participer le futur animateur/référent de programme au comité de coordination de la filière gériatrique portée par le GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal ;

- Recommandation n°15 : identifier des référents « sortie d'hospitalisation » au sein des services sociaux des établissements membres de la filière gériatrique.

Enfin, on remarque qu'il n'est aucunement fait mention dans le projet « 9-10-19 » de l'hébergement temporaire, dont le renforcement pourtant promu dans le PRS 2012-2017¹⁴⁶ permettrait contribuer au désengorgement de la filière, et de diversifier l'offre médico-sociale destinée aux personnes âgées du territoire « 9-10-19 ». Aussi, une réflexion commune DTARS/département de Paris pourrait être engagée en ce sens.

- Recommandation n°16 : diversifier l'offre médico-sociale destinée aux personnes âgées du territoire « 9-10-19 » en renforçant notamment l'offre en hébergement temporaire.

¹⁴⁶ ARS d'Ile-de-France, *Synthèse des propositions de déclinaisons parisiennes du PRS d'Ile-de-France 2012-2017*, p.32.

Conclusion

La période de transition épidémiologique amorcée en France depuis les années 1990 se traduit par la conjugaison du vieillissement de la population et une hausse de la prévalence des maladies chroniques. Cette situation pose des questions de fonds relatives à la qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et à la recherche d'efficience dans les dépenses de l'Assurance-maladie. Aussi depuis plusieurs années, les pouvoirs publics cherchent à davantage coordonner les parcours de soins des personnes âgées. Il s'agit notamment de prévenir les ruptures aux différentes interfaces de prise en charge entre l'hôpital, la ville et le secteur médico-social, qui sont des facteurs de pertes de chances pour les patients âgés et de coûts importants pour le système de santé.

Progressivement, sous l'influence d'expériences menées à l'étranger et de divers travaux produits notamment par le HCAAM dans le cadre du débat national sur la dépendance organisé en 2011, on assiste à un changement de paradigme en matière de prise en charge des personnes âgées. A une approche « parcours de soins » fondée sur une logique d'offre centrée sur les épisodes de soins aigus, se substitue désormais une approche « parcours de santé », fondée en premier lieu sur les besoins multidimensionnels de la personne âgée et visant à la faire entrer « au bon endroit et au bon moment » dans le système de santé.

A partir de 2010, la création des ARS et le lancement d'expérimentations au niveau national ont accompagné ce changement d'approche, en offrant un certains nombres d'outils juridiques et financiers nouveaux permettant de décloisonner peu à peu les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social. C'est dans ce contexte que s'est développé le projet ARS-ANAP d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris.

La démarche engagée a consisté à réaliser un diagnostic territorial partagé et une feuille de route déclinée en trois axes et six actions, largement co-construites par les professionnels de terrain dans le cadre des ateliers *Balance of Care*. Les engagements de chacun des acteurs de terrain mobilisés sur le projet, visant notamment à réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgences et à mettre en œuvre un programme de gestion innovant de l'insuffisance cardiaque, ont été formalisés dans le premier contrat de territoire de la région Ile-de-France. Ce contrat institue une nouvelle gouvernance territoriale, permettant un haut degré d'intégration des différentes institutions impliquées dans une optique de « responsabilité populationnelle collective », et accordant une place importante à l'animation territoriale afin de maintenir les conditions de l'adhésion et de la mobilisation des acteurs en faveur des objectifs fixés.

Comme nous l'avons montré, la DT de Paris, en retrait au moment du lancement du projet, a désormais un rôle central à jouer. Chez les IASS y exerçant, la complémentarité de

leurs fonctions légales et réglementaires et de leurs compétences acquises de longue date en animation territoriale est un atout non négligeable. Leur légitimité vis-à-vis des opérateurs de terrain se fonde notamment sur leur expertise des différents outils de contractualisation et de financement à la main des ARS, à même de faire émerger les alliances nécessaires à une plus grande fluidité des parcours de santé.

Cependant, l'ARS d'Ile-de-France apparaît aujourd'hui difficilement en mesure de pouvoir répliquer la démarche engagée par l'ANAP à d'autres territoires. En effet, l'ingénierie de projet en santé publique requiert, au delà de solides outils et compétences d'animation territoriale qu'il conviendrait de renforcer en interne par une politique de formation continue ambitieuse, beaucoup d'énergie en termes de ressources humaines. C'est pour cette raison notamment qu'une partie de l'animation du projet « 9-10-19 » a été déléguée à un « référent de programme » qui sera rattaché directement au futur GCSMS-MAIA constitué par les acteurs de la coordination du territoire.

Dans un contexte de ressources rares, seules des « équipes-projets » multi partenariales, faisant appel à la complémentarité des légitimités et des compétences d'agents issus des ARS, des conseils généraux et de l'Assurance-maladie, permettront de mettre en place des parcours de santé de qualité dans d'autres régions.

Sources et bibliographie

- **Textes législatifs et réglementaires :**

Code de la santé publique ;

Code de l'action sociale et de la famille ;

Loi n°2002-302 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé ;

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L313-1-1 du code de l'action sociale et de la famille ;

Circulaire DGAS/AVIE/2C du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination gérontologique ;

Circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;

Circulaire interministérielle n°DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ;

Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux, *JORF* n°0224 du 26 septembre 2012 ;

- **Articles universitaires :**

JABOT Françoise, LONCLE Patricia, « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Revue française de santé publique*, vol.19, 2007, pp.21-35 ;

TABUTEAU Didier, « Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) : des interrogations pour demain ! », *Santé publique*, 2010, volume 22, n° 1, pp. 79-90 ;

- **Rapports :**

MOREL Annick (IGAS), *Rapport du groupe de travail sur l'ingénierie sociale*, 2008 ;

JEANDEL Claude (dir.), *Livre blanc de la gériatrie française*, Gériatrie, 2011 ;

FOUQUET Annie, TREGOAT Jean-Jacques, SITRUK Patricia, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Inspection générale des affaires sociales, juillet 2011 ;

HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance-maladie*, 22 avril 2010 ;

HCAAM, *Assurance-maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, 23 juin 2011 ;

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, *Synthèse des débats sur la dépendance*, juin 2011 ;

RATTE Evelyne, IMBAUD Dorothée, *Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie »*, 21 juin 2011 ;

PEPIN Philippe, PRAZNOCZY Corinne, LAURENT Pierre, *La santé observée à Paris – Tableau de bord*, Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France (avec l'INSERM et la Mairie de Paris), juin 2011 ;

ANAP, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire. Retours d'expérience*, 2011 ;

ANAP, *Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire – Réaliser un diagnostic et une feuille de route pour un territoire*, 2011 ;

Secrétariat général des ministères sociaux, *L'amélioration du parcours de santé des personnes âgées. Etat de l'art*, janvier 2012 ;

- **Travaux produits au sein d'écoles de service public :**

ENA, *L'émergence des ARS dans le paysage territorial et ses premiers résultats au regard des ambitions de territorialisation des politiques de santé*, promotion 2009-2011 « Robert Badinter » ;

EHESP-EN3S, « Formation continue des ARS : offre commune EHESP-EN3S 2012-2014 » ;

- **Plans divers :**

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, *Plan solidarité - Grand âge 2007-2012*, juin 2006 ;

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*, février 2008 ;

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, *Plan stratégique 2010-2014* ;

ARS d'Ile-de-France, *Plan Stratégique Régional de Santé d'Ile-de-France 2011-2016* ;

ARS d'Ile-de-France, *Projet Régional de Santé d'Ile-de-France 2012-2017* ;

ARS d'Ile-de-France, *Synthèse du Projet Régional de Santé d'Ile-de-France 2012-17* ;

Département de Paris, *Schéma gérontologique parisien 2012-2016* ;

- **Documents internes à l'ARS d'Ile-de-France :**

ARS d'Ile-de-France, *Réponse à l'appel à projets du ministère de la santé en application de l'article 70 de la LFSS 2012*, mars 2012 ;

ARS d'Ile-de-France, *Eléments de réflexion et de proposition relatifs au rôle des délégations territoriales en matière d'animation territoriale*, note interne, 2012 ;

ARS d'Ile-de-France, *Synthèse des propositions de déclinaisons parisiennes du PRS d'Ile-de-France 2012-2017*, octobre 2012 ;

ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013 ;

- **Conférences :**

Séminaire organisé par l'ANAP, « Gouvernance territoriale et parcours de santé des personnes âgées », Paris, 18 juin 2012 ;

EVIN Claude, « Le parcours de soins : pourquoi s'impose-t-il comme un sujet prioritaire ? », Communication au colloque EHESP-EN3S relatif au parcours de soins des personnes âgées, Paris, 14 décembre 2012 ;

LUSSIER Marie-Dominique, « La modélisation du parcours de soins est-elle possible ? », Communication au colloque EHESP-EN3S relatif au parcours de soins des personnes âgées, Paris, 14 décembre 2012 ;

- **Sites internet :**

Remise des quatre rapports des groupes de travail sur la dépendance. Discours de Roselyne Bachelot-Narquin. Le 21 juin 2011. Disponible sur internet :

<http://www.social-sante.gouv.fr/archives-du-site,2317/discours,44/discours-du-debat-sur-la,2035/remise-des-4-rapports-des-groupes,13411.html> ;

Présentation de la mesure n°4 du Plan Alzheimer 2008-2012 : les MAIA. Disponible sur internet :

http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=603 ;

Présentation du département « personnes âgées » du Réseau de santé Paris-Nord.
Disponible sur internet :
<http://www.reseau-paris-nord.com/seniors/seniors.presentation.php> ;

Annexes

Annexe I : tableau de synthèse des recommandations.....	74
Annexe II : fiche de poste du « référent de programme » du projet « 9-10-19 ».....	75
Annexe III : liste des entretiens réalisés.....	76
Annexe IV : exemples de grilles d’entretiens.....	77
Annexe V : présentation des actions de la feuille de route du projet¹⁴⁷.....	82
Annexe VI : indicateurs de résultats.....	90

¹⁴⁷ ARS d’Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, pp.VI-XXXVIII.

Annexe I : tableau de synthèse des recommandations

N°	Recommandations	Responsables
1	Développer un référentiel de compétences national en matière d'animation territoriale	Secrétariat général des ministères sociaux / EHESP / EN3S / ANAP
2	Développer un réseau de formateurs régionaux en animation territoriale/ingénierie de projet en santé publique	Secrétariat général des ministères sociaux / EHESP / EN3S / ANAP
3	Publier dans les plus brefs délais l'appel à projet MAIA pour les 9 ^{ème} , 10 ^{ème} et 19 ^{ème} arrondissements de Paris	ARS d'Ile-de-France – DOSMS
4	Apporter un soutien méthodologique aux acteurs de la coordination du territoire « 9-10-19 » dans leur projet de se constituer en GCSMS	Animateur territorial de la DT de Paris
5	Inciter les acteurs de la coordination gérontologique à se regrouper sur d'autres territoires, en expérimentant une tarification unique des GCSMS (cf. IGAS)	ARS d'Ile-de-France – DOSMS
6	Proposition d'une fiche de poste animateur/référent de programme du contrat de territoire	Animateur territorial de la DT de Paris
7	Assurer une formation du futur animateur/référent de programme au maniement du tableau de bord de suivi et des indicateurs construits par l'ANAP	Animateur territorial de la DT de Paris / ANAP
8	Présenter la candidature du projet « 9-10-19 » à l'appel à projet national relatif aux « projets pilotes sur le parcours de santé des personnes âgées » issu de l'article 41 de la LFSS pour 2013	ARS d'Ile-de-France – DOSMS / Animateur territorial de la DT de Paris
9	Impulser une réflexion au plan local sur le chaînage des données sanitaires et médico-sociales des personnes âgées afin d'optimiser l'évaluation du projet « 9-10-19 »	Animateur territorial de la DT de Paris
10	Réaffirmer le principe du libre choix de la personne âgée pour les services à domicile et les structures d'hébergement, en produisant un catalogue de l'offre en présence sur le territoire « 9-10-19 » pour les usagers et de leurs aidants	Référent de programme
11	Réaliser une carte de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées, et la diffuser à l'ensemble des professionnels de santé concernés du territoire « 9-10-19 »	Référent de programme
12	Mener une action de communication auprès des médecins généralistes libéraux afin de renforcer leur implication dans le projet « 9-10-19 » (<i>newsletter</i> du projet)	Référent de programme / RSPN
13	Convier la responsable de l'Equipe Mobile d'Urgence (AP-HP) aux groupes de travail des actions n°2 et n°4	Référent de programme
14	Faire participer le futur animateur/référent de programme au comité de coordination de la filière gériatrique portée par le GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal	Référent de programme
15	Identifier des référents « sortie d'hospitalisation » au sein des services sociaux des établissements membres de la filière gériatrique	Référent de programme / Comité de coordination de la filière gériatrique
16	Diversifier l'offre médico-sociale destinée aux personnes âgées du territoire « 9-10-19 » en renforçant notamment l'offre en hébergement temporaire	ARS d'Ile-de-France (DOSMS) / Département de Paris / CASVP

Annexe II : fiche de poste du « référent de programme » du projet « 9-10-19 »

Offre d'emploi « Animateur-référent de programme du contrat d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris » (H/F – CDD de 3 ans)
Poste à pourvoir à partir du : XX.XX.2013. Lieu: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA) des 9 ^{ème} , 10 ^{ème} et 19 ^{ème} arrondissements de Paris. Durée de travail hebdomadaire : 35 h/semaine.
Contexte : Depuis 2010, l'ARS d'Ile-de-France mène un projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans le nord-est de Paris. Un diagnostic territorial partagé avec les professionnels de terrain a permis de dégager une feuille de route qui décline 6 actions visant notamment à réduire le recours aux dispositifs d'urgences et à mettre en œuvre un programme innovant de gestion de l'insuffisance cardiaque chez les sujets âgés de 75 ans et plus. Les engagements des différents professionnels de santé du territoire ont été formalisés en janvier 2013 dans un contrat, qui institue une nouvelle gouvernance territoriale accordant une place importante à l'animation des groupes de travail mobilisés sur les différentes actions. L'animateur-référent de programme est l'un des maillons essentiels de la réussite du projet, à la jonction des acteurs de la coordination territoriale et des professionnels engagés sur le terrain.
Missions : Salarié de la MAIA, vous exercez vos missions sous l'autorité directe des représentants techniques de l'ARS d'Ile-de-France (DT de Paris), du conseil général de Paris et de la CPAM de Paris : - Assurer l'animation et la continuité des groupes de travail mobilisés sur les 6 actions du projet, en lien avec les binômes référents placés à leur tête ; - Evaluer/faire le suivi de la mise en œuvre des actions à l'aide d'un tableau de bord et d'indicateurs de suivi (une formation à leur maniement vous sera dispensée à votre prise de fonction) ; - Elaboration de comptes-rendus trimestriels au Comité de coordination territoriale du projet (composé de représentants de la filière gériatrique Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal, du CLIC Paris Emeraude Nord-Est et du Réseau de santé Paris-Nord) ; - Participation aux comités de coordination de la filière gériatrique (3 fois par an) ;
Formation - compétences requises : - Bac +4/+5. Formation souhaitée : Master en droit et/ou économie de la santé, ingénierie de projet en santé publique ; - Savoirs : <ul style="list-style-type: none">• Très bonne connaissance du système de santé : institutions sanitaires et sociales, sécurité sociale : actualités et enjeux ;• Bonne connaissance des outils de contractualisation et de financement à la main des ARS et des conseils généraux ; - Savoirs-faire : <ul style="list-style-type: none">• Expérience en gestion/management de projet complexe ;• Savoir organiser et conduire des réunions avec des acteurs pluriels (médecins, infirmiers, cadres administratifs) ;• Capacité d'analyse des enjeux politiques, économiques, sanitaires et sociaux (à l'échelon local) ;• Capacité d'analyse médico-économique ;• Capacité rédactionnelle et, surtout, de synthèse ; - Savoirs-être : <ul style="list-style-type: none">• Force de proposition et capacité d'adaptation : être en mesure de corriger/proposer des actions nouvelles ;• Goût pour la négociation et le travail en équipe ; NB : Maîtrise du Pack Office indispensable.
Rémunération : selon profil (à déterminer).

Annexe III : liste des entretiens réalisés

Date :	Acteurs rencontrés et fonctions exercées :	Lieux :
Lundi 29 octobre 2012	Claire Lansac, attachée d'administration hospitalière au Groupe hospitalier Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal (direction « Droits des patients et de la Performance médicale »)	Hôpital Lariboisière, Paris 10 ^{ème} arrondissement
Mardi 30 octobre 2012	Sophie Banon, manager de projet, Antares Consulting Adrien Boustani, consultant, Antares Consulting	Déjeuner de travail, Paris 11 ^{ème} arrondissement
Vendredi 2 novembre 2012	Claude Cormier, responsable du CLIC-Paris Emeraude Nord-Est	CLIC-PENE, Paris 10 ^{ème} arrondissement
Mardi 6 novembre 2012	Nadine Idalgo, directrice du Réseau de santé Paris-Nord	Réseau de santé Paris-Nord, Paris 10 ^{ème} arrondissement
Mardi 6 novembre 2012	Anne Lemoine-Pape, responsable des affaires générales et de la coordination des actions, direction de la santé publique de l'ARS d'Ile-de-France	ARS d'Ile-de-France (siège), Paris 19 ^{ème} arrondissement
Mercredi 7 novembre 2012	Rodolphe Dumoulin, délégué territorial de Paris, ARS d'Ile-de-France	DT de Paris, Paris 19 ^{ème} arrondissement
Jeudi 8 novembre 2012	Dr Marie-Dominique Lussier, manager de projet, ANAP Claire Musiol, chargée de projet, ANAP	ANAP, Paris 13 ^{ème} arrondissement

Annexe IV : exemples de grilles d'entretiens

<p style="text-align: center;">Questionnaire GH Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Vidal (AP-HP) Claire Lansac</p>

I/ ROLE DE L'ACTEUR ET HISTORIQUE DU PROJET

1/ En matière de coordination des parcours de santé des personnes âgées, quelles sont les différences entre les rôles respectifs de la filière gériatrique Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Vidal , du CLIC-PENE et du RSPN ?

2/ Pour la filière gériatrique, quel enjeu représentait la fusion des CLIC-PPE des 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements en un seul et même CLIC ?

3/ Selon vous, quelle plus-value le projet 9-10-19 apporte-t-il dans la coordination des parcours de santé des personnes âgées (notamment par rapport à la circulaire filière de 2007) ?

II/ METHODOLOGIE DU PROJET ET JEUX D'ACTEURS

4/ Sur quelles actions la filière est-elle mobilisée ?

5/ Selon vous, quelles sont les facteurs de réussite de ces actions ?

6/ Sur le terrain, rencontrez-vous des difficultés dans la mise en œuvre des différents objectifs de ces actions ? Si oui, pour quelles raisons ?

7/ Selon vous, pour quelles raisons l'URPS est-elle si difficile à mobiliser sur le projet 9-10-19 ? Comment pourrait-on favoriser son engagement ?

III/ LES ENJEUX DE L'ANIMATION TERRITORIALE SUR LA REUSSITE DU PROJET

8/ Dans le projet 9-10-19, comment définissez-vous le rôle de la DT75 ?

9/ Comment définiriez-vous le concept « d'animation territoriale » ?

10/ Qu'attendez-vous de la gouvernance du futur contrat de territoire ?

11/ Le futur contrat de territoire prévoit que la DT75 mobilise un animateur territorial chargé de s'assurer de l'avancement de la mise en œuvre opérationnelle du projet.
Comment favoriser la visibilité et la lisibilité de cette fonction pour les partenaires du projet ?

12/ Selon vous, sur quels types d'outils (système d'information, etc.) devra s'appuyer cet animateur territorial ?

13/ Dans les jeux d'acteurs des partenaires du projet, à quelles difficultés sera confronté l'animateur territorial ?

14/ Selon vous, y a-t-il des actions de la feuille de route qui nécessitent, pour être menées à bien, une animation territoriale renforcée ?

Questionnaire DT de Paris Rodolphe Dumoulin
--

I/ HISTORIQUE ET PILOTAGE DU PROJET

- 1/ Pour quelles raisons le pilotage du projet a-t-il été transféré du siège de l'ARS à la DT75 ?
- 2/ Dans le cadre du projet 9-10-19, comment définiriez-vous votre rôle ainsi que celui de la DT75 ?
- 3/ Pour quelles raisons l'ARSIF a-t-elle du faire appel à l'ANAP ?
- 4/ Au sein du « comité équipe-projet » regroupant la DT, l'ANAP et Antares, comment sont répartis les rôles et les compétences ?

III/ LE DEVELOPPEMENT DE L'ANIMATION TERRITORIALE AU SEIN DE LA DT75

- 5/ Comment définiriez-vous le concept « d'animation territoriale » ? Quels objectifs opérationnels associer à cette fonction ?
- 6/ Comment distingueriez-vous l'animation territoriale de l'ingénierie de projet ?
- 7/ Selon vous, en quoi le développement attendu de la fonction animation territoriale au sein des ARS questionne-t-il le métier d'IASS ?
- 8/ Pour quelles raisons la territorialisation du pôle « offre de soins et médico-sociale » de la DT75 initiée par Hélène Junqua est-elle aujourd'hui remise en question ?
 - Est-ce parce qu'il s'agissait de la seule DT à avoir opté pour cette organisation ?
 - Est-ce du fait d'un manque de lisibilité pour les partenaires ?
 - Est-ce parce qu'une telle organisation favorise la dilution des compétences ?
- 9/ Selon vous, quels sont les pré requis nécessaires au développement de l'animation territoriale au sein de la DT75 ?
 - En termes de moyens humains (nombre d'ETP) ?
 - En termes de formation / compétences ?

La DT75 est actuellement dans une phase de réorganisation. Afin de renforcer l'animation territoriale en son sein, plusieurs pistes sont à l'étude.

- 10/ Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients des différentes options suivantes ?
 - Création d'une cellule dédiée à l'animation territoriale ?
 - Fonction animation territoriale exercée au sein de chaque pôle/service ?
- 11/ Dans l'hypothèse où une cellule animation territoriale serait créée, quelles relations entretiendrait cette dernière avec les différents pôles/services de la DT ?
- 12/ Quels sont les avantages et les inconvénients d'une cellule autonome (qui suppose *a priori* des moyens humains et des compétences propres, des besoins de formation) ?
- 13/ Quels sont les avantages et les inconvénients d'une cellule de coordination et d'appui méthodologique (qui viendrait puiser des ressources au sein des différents pôles/services) ?

III/ LES ENJEUX DE L'ANIMATION TERRITORIALE SUR LA REUSSITE DU PROJET 9-10-19

15/ En terme de ressources humaines, que requiert cette fonction ?

- ETP ?
- Formation / compétences ?

16/ Quelle sera le rôle de cet animateur territorial ?

17/ Comment favoriser la lisibilité/visibilité de cette fonction pour les partenaires du projet ?

18/ Sur quel type d'outils (système d'information, etc.) s'appuiera l'animateur territorial ?

19/ Dans les jeux d'acteurs des partenaires du projet, à quelles difficultés sera confronté l'animateur territorial ?

20/ Y a-t-il des actions de la feuille de route qui nécessitent, pour être menées à bien, une animation territoriale renforcée ?

21/ Quel rôle aura à jouer l'animateur territorial en matière de suivi et d'évaluation du projet ?

22/ A l'avenir, quelles compétences devra développer la DT75 pour optimiser le pilotage du futur contrat de territoire et, éventuellement, répliquer la démarche du projet 9-10-19 sur d'autres territoires d'intervention parisiens ?

Questionnaire ANAP
Dr Marie-Dominique Lussier
Claire Musiol

I/ HISTORIQUE DU PROJET

- 1/ Pourriez-vous me présenter vos fonctions au sein de l'ANAP ?
- 2/ Quelle a été le contexte de mise en œuvre du projet 9-10-19 ?
- 3/ Comment l'ANAP a-t-elle été sollicitée ?
- 4/ Dans le cadre du projet 9-10-19, comment définiriez-vous la mission de l'ANAP ?
- 5/ Pour quelles raisons l'ANAP a-t-elle du faire appel au cabinet Antares consulting ?
- 6/ Au sein du « comité équipe-projet » regroupant la DT, l'ANAP et Antares, comment sont répartis les rôles ?

II/ METHODOLOGIE DU PROJET ET JEUX D'ACTEURS

- 7/ Comment a été élaboré le diagnostic du territoire 9-10-19 ? Quelle méthode, quels outils ?
- 8/ Comment a été élaborée la feuille de route ? Comment ont été définies et priorisées les différentes actions ?
- 9/ Dans la conduite actuelle du projet, y a-t-il des actions qui présentent plus de difficultés de mise en œuvre que d'autres ? Si oui, pour quelles raisons ?
- 10/ Où en est le projet de création de MAIA sur le territoire 9-10-19 ? N'y a-t-il pas un risque de superposition avec les dispositifs de coordination existant (CLIC, réseaux, niveau de coordination opérationnelle de la gouvernance du contrat de territoire) ?
- 11/ Où en est le projet de création d'un annuaire informatisé afin d'améliorer la circulation de l'information sur le territoire ? Quels en sont les enjeux juridiques ?

III/ LES ENJEUX DE L'ANIMATION TERRITORIALE SUR LA REUSSITE DU PROJET

- 12/ Comment définiriez-vous le concept « d'animation territoriale » ?
- 13/ Comment distingueriez-vous l'animation territoriale de l'ingénierie de projet ?
- 14/ Dans le projet 9-10-19, comment définissez-vous le rôle de la DT75 ?
- 15/ Au sein du comité opérationnel du futur contrat de territoire, à qui sera attribuée la fonction d'animateur territorial ?
- 16/ En terme de ressources humaines, que requiert cette fonction ? (ETP, compétences)
- 17/ Quelle sera le rôle de cet animateur territorial ?
- 18/ Comment favoriser la lisibilité de cette fonction pour les partenaires du projet ?
- 19/ Sur quel type d'outils (système d'information, etc.) s'appuiera l'animateur territorial ?

20/ Y a-t-il des actions de la feuille de route qui nécessitent, pour être menées à bien, une animation territoriale renforcée ?

21/ Quel rôle aura à jouer l'animateur territorial en matière de suivi et d'évaluation du projet ?

22/ A l'avenir, quelles compétences devra développer la DT75 pour optimiser le pilotage du futur contrat de territoire et, éventuellement, répliquer la démarche du projet 9-10-19 sur d'autres territoires d'intervention parisiens ?

Annexe V : présentation des actions de la feuille de route du projet¹⁴⁸

Action 1 : Favoriser l'éducation à la santé, informer et soutenir l'éducation thérapeutique

Binôme référent :

Réseau Santé Paris-Nord (Nadine Idalgo) et CLIC Paris Émeraude Nord-Est (Claude Cormier).

Objectifs :

- Faire bénéficier d'actions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique les personnes âgées du territoire qui en ont besoin ;
- Faciliter l'accès à l'information sur l'offre du territoire et les parcours à destination des professionnels et du grand public.

Plan de mise en œuvre :

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 4 sous-actions :

- 1.1 Organiser l'offre d'éducation à la santé existante sur le territoire et élaborer des actions de prévention ;
- 1.2 Elaborer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire ;
- 1.3 Outiller les professionnels à la connaissance de l'offre du territoire ;
- 1.4 Renforcer le guichet d'information unique à destination des personnes âgées et de leur entourage.

Indicateurs de processus :

- Mise en place de l'annuaire gérontologique ;
- Mise en place du numéro unique pour les inscriptions aux ateliers d'éducation à la santé ;
- Renforcement du guichet d'information unique destiné au grand public ;
- Disponibilité du guide d'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique ;
- Augmentation du nombre de prestations d'éducation à la santé et/ou thérapeutique référencées dans l'annuaire gérontologique ;
- Augmentation du nombre d'appels vers le numéro unique pour les inscriptions aux ateliers d'éducation à la santé ;
- Augmentation du nombre de participants aux séances d'éducation à la santé proposées sur le territoire ;
- Nombre d'inscrits à l'action de prévention sur les soins bucco-dentaires ;
- Nombre d'inscrits au programme d'éducation thérapeutique ;
- Augmentation du nombre de professionnels informés sur l'offre de services du territoire.

¹⁴⁸ ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, pp.VI-XXXVIII.

Action 2 : Développer des stratégies alternatives de recours par défaut aux urgences

Binôme référent :

Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière (Claire Lansac) et Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (Michel Csaszar-Goutchkoff).

Objectif :

- Favoriser les circuits alternatifs au recours par défaut aux urgences hospitalières.

Plan de mise en œuvre :

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

- 2.1 Définir et mettre en place une procédure d'orientation des personnes âgées présentant une détresse médico-psycho-sociale à destination des vecteurs d'urgence (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et Centre 15) ;
- 2.2 Définir et mettre en place une procédure visant à assurer une prise en charge spécifique pour les personnes âgées qui font des passages répétés aux urgences ;
- 2.3 Cartographier et développer l'offre de prise en charge par les alternatives aux urgences hospitalières.

Indicateurs de processus :

- Nombre d'appels auprès de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et du centre 15 émanant d'une personne âgée domiciliée sur les 9^{ième}, 10^{ième} et 19^{ième} arrondissements de Paris ;
- Nombre d'appels de médecins traitants, médecins coordonnateur d'EHPAD, personnels de structures médico-sociales, structure psychiatrique auprès de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et du centre 15 ;
- Implantation de la collecte de critères de vulnérabilité médico-psycho-sociale dès les appels aux vecteurs d'urgences ;
- Nombre de professionnels des vecteurs d'urgence formés à l'orientation des personnes ;
- Diminution du nombre d'appels redondants émanant d'une personne âgée de 75 ans et plus auprès de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris et du centre 15 ;
- Augmentation du nombre d'évaluations du CLIC Paris Émeraude Nord-Est après un contact CLIC Paris Émeraude Nord-Est - médecin du centre 15 et de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris ;
- Diminution du nombre de passages répétés aux urgences.

Action 3 : Faciliter l'accès aux soins en filière ainsi qu'à la programmation

Binôme référent :

Groupe Hospitalier - Hôpital Lariboisière (Dr Antonio Teixeira) et Hôpital Jean Jaurès (Thibaut Tenailleau)

Objectifs :

- Développer l'accès direct au sein des structures de la filière gériatrique hospitalière ;
- Améliorer l'organisation et la coordination des transferts depuis la filière gériatrique hospitalière pour garantir le continuum de prise en charge des patients ;
- Identifier et proposer les modifications de l'offre de soins hospitalière au sein de la filière gériatrique en fonction des besoins de la population.

Plan de mise en œuvre :

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

- 3.1 Identifier et développer les outils et moyens techniques permettant d'améliorer les admissions et l'organisation interne ;
- 3.2 Optimiser la sortie d'hospitalisation des patients ;
- 3.3 Identifier et proposer une diversification de l'offre de soins en gériatrie.

Indicateurs de processus :

- Optimisation du délai d'accessibilité des différentes structures de la filière gériatrique ;
- Nombre d'appels vers le numéro de téléphone permettant de solliciter l'admission en filière courte au sein de la filière gériatrique ;
- Augmentation du taux de patients transférés avec une fiche de liaison en sortie d'hospitalisation ;
- Augmentation du pourcentage relatif des hospitalisations programmées par rapport au total des hospitalisations en Unité de Gériatrie Aigue ;
- Suivi du nombre de patients admis en circuit court ;
- Suivi du nombre d'admissions directes en SSR ;
- Suivi du nombre d'admissions directes en provenance d'EHPAD ;
- Suivi du nombre d'admissions directes en provenance du domicile ;
- Augmentation du nombre de demande d'évaluation gériatrique à domicile ;
- Suivi de la Durée Moyenne de Séjour.

Action 4 : Assurer le suivi médical et l'accompagnement à domicile

Binôme référent :

CLIC Paris Émeraude Nord-Est (Claude Cormier) et ADIAM (Betty Elkaim).

Objectifs :

- Accroître la réactivité dans la mise en place des aides et services à domicile ;
- Renforcer la coordination entre les différents intervenants de la ville et de l'hôpital et favoriser la mise en place d'outils communs.

Plan de mise en œuvre :

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

4.1 Renforcer la connaissance de l'offre de services à domicile et le partage d'informations autour des personnes qui recourent à cette offre ;

4.2 Améliorer l'organisation des sorties d'hospitalisation en semaine et le weekend ;

4.3 Structurer la prise en charge à domicile des usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques.

Indicateurs de processus :

- Nombre d'usagers suivi à domicile en sortie d'hospitalisation (respectivement en Services d'Aide à Domicile, en Services de Soins Infirmiers A Domicile et en Hospitalisation à Domicile) ;
- Nombre de plans d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) d'urgence mis en place en sortie d'établissements de santé ;
- Nombre d'Aides au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) mis en place en sortie d'établissements de santé ;
- Existence de protocole de mise en place d'aide à domicile en sortie d'établissements de santé ;
- Existence d'un protocole pour la définition des projets de soins personnalisés pour les personnes présentant des troubles psycho-gériatriques ;
- File active des usagers souffrant de troubles psycho-gériatriques et bénéficiant d'un accompagnement à domicile ;
- Réduction du délai moyen de mise en place d'aides et de soins à domicile (respectivement en Services d'Aide à Domicile, en Services de Soins Infirmiers A Domicile et en Hospitalisation à Domicile) ;
- Création d'un fichier de partagé recensant les cas complexes bénéficiant d'un accompagnement à domicile sur le territoire ;
- Augmentation du nombre de cas complexes référencés dans le fichier de recensement.

Action 5 : Assurer la qualité de la prise en charge en structures d'hébergement

Binôme référent :

Résidence Océane (Rachid Amiar) et Hospitalisation à Domicile - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (Martine Andrieu).

Objectifs :

- Améliorer la lisibilité des missions et des responsabilités de chacun des acteurs intervenant auprès des patients vivant en structure d'hébergement ;
- Mobiliser les médecins traitants à intervenir en structure d'hébergement ;
- Organiser le recours à du personnel soignant de garde mutualisé ;
- Améliorer les articulations entre les structures d'hébergement et les établissements de santé à la fois pour garantir le continuum de prise en charge lors de transferts et pour éviter le recours inopportun aux urgences.

Plan de mise en œuvre :

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 3 sous-actions :

- 5.1 Assurer la lisibilité des différents acteurs intervenant en structure d'hébergement ;
- 5.2 Faciliter et encourager l'intervention des médecins traitants et d'équipes soignantes de garde mutualisées en structures d'hébergement ;
- 5.3 Renforcer la coordination entre les structures d'hébergement et les établissements de santé pour fluidifier les transferts de patients ;

Indicateurs de processus :

- Mise en place d'une procédure relative aux modalités d'intervention des équipes soignantes de garde mutualisées ;
- Nombre de conventions avec des établissements de santé pour la prise en charge directe par des spécialistes ;
- Nombre de conventions entre structures d'hébergement et structures partenaires ;
- Nombre de demandes de prise en charge et nombre d'interventions de l'Hospitalisation à Domicile en structures d'hébergement ;
- Augmentation du nombre de consultations par des médecins traitants en structures d'hébergement ;
- Augmentation du nombre de prescriptions d'ajustement thérapeutique ;
- Augmentation du nombre d'hospitalisations sans passage aux urgences depuis les structures d'hébergement ;
- Augmentation du nombre d'hospitalisations programmées depuis les structures d'hébergement ;
- Diminution du nombre de recours directs aux urgences depuis les structures d'hébergement.

Axe 3 (action 6) : Mettre en œuvre un Programme de gestion de l'Insuffisance Cardiaque chez les Sujets Agés de 75 ans et plus (PICSA)

Référent :

Réseau Santé Paris-Nord (Dr Aurélie Misme)

Objectifs :

Les objectifs du programme se déclinent en fonction des 3 niveaux de segmentation définis par la pyramide de Kayser qui classe la population en fonction du risque de consommation de ressources (sanitaires et sociales) et propose pour chaque niveau une stratégie de prise en charge :

- Stratégie de prise en charge pour les patients en niveau de risque 1 : surveillance ponctuelle de la maladie, éducation thérapeutique et auto-soins :
 - o Améliorer l'information et la formation du patient par rapport à sa maladie afin de prévenir l'aggravation de son état ;
 - o Eviter l'apparition d'autres pathologies.

- Stratégie de prise en charge pour les patients en niveau de risque 2 : gestion continue de la maladie et accompagnement :
 - o Améliorer la stabilité clinique et la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques ;
 - o Assurer une utilisation efficace des ressources d'assistance.

- Stratégie de prise en charge pour les patients en niveau de risque 3 : coordination des cas complexes :
 - o Maintenir la stabilité clinique et améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques complexes ;
 - o Recourir de façon appropriée aux ressources d'assistance en fonction des besoins évalués.

La segmentation a été affinée au sein de chaque niveau de risque de manière à pouvoir identifier la problématique prédominante des patients (médicale ou sociale) et ainsi organiser le parcours de chaque patient de façon coordonnée entre les acteurs du sanitaire et les acteurs du social. Cette segmentation se compose de 6 différents profils de patients :

Patients en niveau de risque 1 :

- A.3 Vulnérabilité socioéconomique nécessitant une aide (patients ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque ne faisant donc pas partie du programme) ;
- A.2 Insuffisance cardiaque non sévère avec incapacité limitée ;
- A.1 Insuffisance cardiaque non sévère avec 1 ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) simple(s) sans incapacité.

Patients en niveau de risque 2 :

- B.2 Insuffisance cardiaque non sévère avec une incapacité lourde ou une vulnérabilité socioéconomique ;
- B.1 Poly pathologie, dont insuffisance cardiaque sévère à risque de décompensation avec une incapacité.

Patients en niveau de risque 3 :

- C. Poly pathologie dont insuffisance cardiaque sévère et/ou avancée avec une incapacité lourde et avec ou sans vulnérabilité socioéconomique.

Plan de mise en œuvre :

Ce projet nécessite la mise en œuvre de 4 sous-actions :

- I. Définir le programme de gestion de l'insuffisance cardiaque ;
- II. Définir la gouvernance autour du programme ;
- III. Préparer la mise en œuvre du programme ;
- IV. Mettre en place, suivre et évaluer le programme.

Indicateurs de processus :

Identification et inclusion des patients :

- Nombre de signalements de patients éligibles au programme par les acteurs médicaux ;
- Nombre de signalements de patients éligibles au programme par les acteurs sociaux ;
- Nombre de patients inclus dans PICSA suite à un signalement des acteurs médicaux ;
- Nombre de patients inclus dans PICSA suite à un signalement des acteurs sociaux ;
- Taux de patients signalés par les acteurs médicaux mais ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque ;
- Taux de patients signalés par les acteurs sociaux mais ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque.

Segmentation des patients par risques :

- Nombre de patients inclus dans le programme et classés en niveau de risque 1 ;
- Nombre de patients inclus dans le programme et classés en niveau de risque 2 ;
- Nombre de patients inclus dans le programme et classés en niveau de risque 3.

Suivi de la prise en charge :

- Nombre de patients suivis par un coordinateur de cas complexes ;
- Nombre de patients suivis régulièrement (visites ou téléphone) ;
- Nombre de séances d'éducation thérapeutique relatives à l'insuffisance cardiaque réalisées par des infirmières (une fois que des programmes d'éducation thérapeutique sur l'insuffisance cardiaque seront mis en place sur le territoire) ;
- Nombre de professionnels qui participent au programme (généralistes, cardiologues, infirmières, gériatres, pharmaciens, autres).

Indicateurs de résultats :

Maintenir la stabilité clinique et améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques :

- Augmenter le *scoring* qualité de vie des patients des 75 et plus atteints d'insuffisance cardiaque ;
- Diminuer le nombre de patients de 75 et plus insuffisants cardiaques hospitalisés pour décompensation.

Assurer une utilisation efficace des ressources d'assistance :

- Diminuer le nombre de patients de 75 ans et plus arrivant aux urgences avec une crise d'insuffisance cardiaque ;
- Augmenter la part des patients de 75 ans et plus insuffisants cardiaques avec un traitement approprié (bénéficiant d'une trithérapie) ;
- Augmenter la part des patients de 75 ans et plus insuffisants cardiaques bénéficiant d'une hospitalisation programmée non précédée par un passage aux urgences.

Ralentir la progression de la maladie et éviter l'apparition d'autres pathologies :

- Diminuer le nombre de patient de 75 ans et plus insuffisants cardiaques aux urgences souffrant de dénutrition ;
- Augmenter la part de patients de 75 ans et plus insuffisants cardiaques sans recours aux urgences.

Annexe VI : indicateurs de résultats¹⁴⁹

Indicateurs de résultats	
Utilisation des services :	Valeur cible :
Nombre (ou taux) de recours aux urgences des 75 ans et plus	Diminuer
Nombre (ou taux) de repassages aux urgences à 1 semaine des 75 ans et plus	Diminuer
Nombre (ou taux) de réadmissions en hospitalisation des 75 ans et plus à 30 jours, 6 mois et 1 an	Diminuer
Nombre d'hospitalisations programmées des 75 ans et plus	Augmenter
Nombre d'admissions directes en SSR des 75 ans et plus	Augmenter
Part des hospitalisations des 75 ans et plus en provenance du domicile qui n'ont pas été précédées d'un passage aux urgences	Augmenter
Part des hospitalisations des 75 ans et plus en provenance des EHPAD qui n'ont pas été précédées d'un passage aux urgences	Augmenter
Mise en place d'un système d'information partagé	

¹⁴⁹ ARS d'Ile-de-France, *Contrat de territoire - Amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements*, janvier 2013, p.XXXIX.

L'animation territoriale au cœur d'un projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées. L'exemple du projet ARS-ANAP mené dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris.

Nicolas COUZINET

Résumé :

Depuis 2010, l'ARS d'Ile-de-France mène avec l'aide de l'ANAP un projet d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans le nord-est de Paris. Un diagnostic territorial partagé a permis de dégager une feuille de route qui décline six actions visant notamment à réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgences et à mettre en œuvre un programme innovant de gestion de l'insuffisance cardiaque chez les sujets âgés de 75 ans et plus.

Les engagements des différents professionnels de santé du territoire ont été formalisés dans un contrat de territoire, qui institue une nouvelle gouvernance accordant une place importante à l'animation territoriale afin de maintenir les conditions de l'adhésion et de la mobilisation des acteurs en faveur des objectifs fixés.

Ainsi, il apparaît que les IASS de la DT de Paris ont désormais un rôle crucial à jouer. L'étude démontre que la réussite et la réplication du projet découlent en grande partie de la complémentarité de leurs fonctions légales et réglementaires et de leurs compétences en animation territoriale. Cependant, reproduire la démarche proposée par l'ANAP requiert des compétences en ingénierie de projet qu'il conviendrait de renforcer en interne, ainsi que beaucoup d'énergie en termes de ressources humaines.

Dans un contexte de ressources rares, une partie du suivi et de l'animation du projet a ainsi été déléguée aux acteurs de terrain eux-mêmes. Une quinzaine de recommandations à destination de l'animateur territorial de la DT de Paris et de l'animateur/référent de programme figurent à la fin du dernier chapitre.

Mots clefs : parcours de santé, parcours de soins, coordination gérontologique, personnes âgées, dépendance, animation territoriale, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, agences régionales de santé

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.