



HAL
open science

Évaluation qualitative PAERPA - Rapport final

Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut

► **To cite this version:**

Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut. Évaluation qualitative PAERPA - Rapport final. [Rapport de recherche] DREES. 2017, 72p. hal-02556493

HAL Id: hal-02556493

<https://sciencespo.hal.science/hal-02556493v1>

Submitted on 28 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 135 • MAI 2017

Évaluation qualitative PAERPA

RAPPORT FINAL

Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut



Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 135 • mai 2017

Évaluation qualitative PAERPA

RAPPORT FINAL

Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut

Cette étude a été réalisée par :

Sébastien GAND

Affiliation : Sciences Po Grenoble, CERAG CNRS/Université Grenoble Alpes (préalablement à Mines ParisTech, CGS durant la première partie de l'évaluation)

adresse postale : 1020 avenue Centrale 38 400 Saint Martin d'Hères

adresse email : sebastien.gand@sciencespo-grenoble.fr

Elvira PERIAC

Affiliation : Audencia Business School, Département Management (préalablement à École des hautes études en santé publique, Département sciences humaines et sociales, EA 7348 Management des organisations de santé durant la première partie de l'évaluation)

adresse postale : 8 route de la Jonelière, 44312 Nantes

adresse email : eperiac@audencia.com

Marie-Aline BLOCH

Affiliation : École des hautes études en santé publique, Département sciences humaines et sociales, Collectif pour la recherche sur le handicap et l'autonomie pour une société inclusive, EA 7348 Management des organisations de santé

adresse postale : 20 avenue George Sand, 93210 La Plaine St Denis

adresse email : marie-aline.bloch@ehesp.fr

Léonie HENAUT

Affiliation : SciencesPo/CNRS, Centre de sociologie des organisations, Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques

adresse postale : 27 rue Saint Guillaume, 75007 Paris

adresse email : l.henaut@csso.cnr.fr

Cette publication n'engage que ses auteurs

■ REMERCIEMENTS

L'évaluation qualitative a cherché à s'arrimer au plus près des initiatives et des pratiques développées sur les territoires sélectionnés. Pour cela, l'équipe en charge de l'évaluation a pu compter sur la mobilisation et la contribution de nombreux acteurs, tant dans les Agences régionales de santé que sur les territoires expérimentateurs. Qu'ils trouvent dans ces quelques mots l'expression de nos très sincères remerciements pour le temps alloué et leur réactivité afin de tenir les délais de l'évaluation, particulièrement celles et ceux qui nous ont aidé à organiser concrètement nos visites.

Nous remercions en sus les chefs de projet et les membres de leurs équipes qui ont consacré du temps à relire et discuter les travaux intermédiaires.

L'évaluation qualitative a été co-pilotée par le bureau d'appui à l'évaluation et aux études régionales de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et par la chefferie de projet nationale PAERPA de la Direction de la Sécurité sociale (DSS). Nous remercions les différentes personnes y ayant contribué pour leurs discussions et orientations : Emin Agamaliyev, Alexandra Louvet et Milena Spach pour la DREES ; Alexandre Farnault, Christel Mouisset et Estel Quéral pour la DSS.

Merci également aux membres de l'ANAP et de l'IRDES qui mènent des analyses et évaluations complémentaires : leurs travaux et nos échanges nous ont été utiles.

Enfin, nous ne saurions terminer sans adresser nos plus vifs remerciements à Françoise Jabot (EHESP) et Dominique Somme (CHU de Rennes) pour leurs apports d'expertise critique à différents moments de notre travail et dans des temps contraints.

Sommaire

■ REMERCIEMENTS.....	7
■ ORCHESTRER UN PROGRAMME D’ACTIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT D’UN ÉCOSYSTÈME TERRITORIAL FAVORABLE AU PARCOURS DES AÎNÉS	11
Introduction.....	11
Pilotage de projet	11
Gouvernance locale	12
Mobilisation des professionnels de santé libéraux.....	12
Les écosystèmes CTA-PPS-CCP	13
Systèmes d’information	15
Hôpital et Paerpa.....	15
Transitions Hôpital-Ville-EHPAD	15
Cadrage national Paerpa - Liens entre programmes	16
Conclusion.....	16
Recommandations	18
Pilotage national du projet	18
Gouvernance locale et pilotage de projet	19
Mobilisation des professionnels	19
Écosystèmes CTA/PPS/CCP	20
Systèmes d’information	21
Hôpital	21
Dispositifs de transition ville/hôpital/EHPAD	21
GLOSSAIRE.....	22
■ INTRODUCTION	23
Présentation de l’expérimentation PAERPA	23
Méthode.....	24
Plan du rapport.....	26
■ 1. DÉMARCHE-PROJET ET GOUVERNANCE LOCALE.....	27
1.1. La conduite de projet : un investissement indispensable pour la gestion d’un programme éminemment complexe.....	27
1.1.1. Une articulation de la conception de la feuille de route parfois délicate	27
1.1.2. L’impact du dimensionnement et de la constitution de l’équipe.....	30
1.1.3. Impact positif de la localisation de l’équipe en délégation territoriale (DT) mais proche du siège	31
1.1.4. Le chef de projet, profil de compétences et stabilité	32
1.2. Des éléments clés de l’accompagnement des acteurs à prendre en compte en s’adaptant aux réalités territoriales	33
1.2.1. Un appui sur le passé et l’existant bénéfique mais qu’il faut souvent reconfigurer	33
1.2.2. Saisir l’occasion de mobiliser et d’impliquer de nouveaux acteurs	34
1.3. La nécessité de construire une gouvernance locale permettant de porter le projet territorial en cohérence avec les autres programmes d’action	34
1.3.1. Une variété de configuration d’instances adaptées aux contextes locaux.....	34
1.3.2. Les groupes de travail : un complément indispensable pour opérationnaliser les instances	36
1.3.3. Un ensemble d’instances qui mettent du temps à se mettre en place et à s’ajuster	37
1.3.4. Un temps de reconfiguration des partenariats locaux	38
1.4. Paerpa et MAIA : une articulation à travailler.....	38
■ 2. LA CONSTITUTION D’ÉCOSYSTÈMES LOCAUX « CTA-PPS-CCP »	40
2.1. De l’observation d’une variété de développements à l’analyse de la constitution d’écosystèmes.....	40
2.1.1. Contraste des dimensionnements et variété des organisations des CTA	40

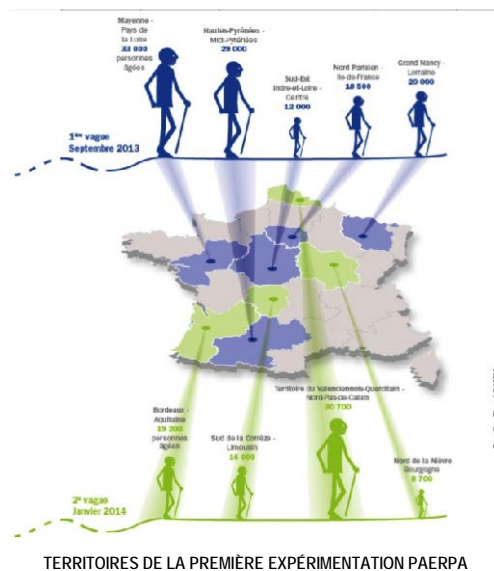
2.1.2. Variété des appuis proposés par la CTA et des usages du PPS	42
2.1.3. Des écosystèmes locaux CTA+PPS+CCP	44
2.2. Intérêt, points de vigilance et perspectives autour de la constitution d'écosystèmes locaux	44
2.2.1. Intérêt du développement d'écosystèmes locaux	44
2.2.2. Points de vigilance.....	44
2.2.3. Perspectives de développement.....	45
■ 3. LES MULTIPLES LEVIERS DE L'ADHÉSION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX	48
3.1. Mobiliser des PSL pour la conception et la diffusion du programme : représentants URPS et ambassadeurs locaux	48
3.2. Les autres stratégies de diffusion à l'épreuve de la temporalité du programme : campagnes d'information, formations OGDPC et visites des DAM	50
3.3. Les leviers de l'adhésion à l'outil PPS : appui de la CTA, offre de service étoffée et accompagnement à la production	52
■ 4. DES OUTILS NUMÉRIQUES NÉCESSAIRES MAIS NON SUFFISANTS.....	55
4.1. Un investissement important et de fortes attentes	55
4.2. Les difficultés de la mise en œuvre et leurs conséquences	56
4.3. La stratégie des petits outils adaptés aux besoins doublement payante.....	58
■ 5. UNE INTRODUCTION DE PAERPA À L'HÔPITAL POUR LE MOMENT LIMITÉE MAIS À POURSUIVRE	59
5.1. Les équipes mobiles gériatriques intra et extra-hospitalières	59
5.1.1. Des moyens souvent renforcés	59
5.1.2. Des actions renforçant l'ouverture de l'hôpital vers la ville.....	60
5.2. La difficile insertion de Paerpa en dehors de la gériatrie et des urgences	61
■ 6. DES DISPOSITIFS INTERSTITIELS ENTRE HÔPITAL ET VILLE-EHPAD PROMETTEURS	63
6.1. L'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation : très prometteur mais à élaborer avec attention	63
6.2. Le renforcement des SAAD et des SSIAD en sortie d'hospitalisation	65
6.3. Des astreintes IDE de nuit dont les modalités sont à ajuster.....	66
6.4. Des avancées en télémédecine pertinentes lorsque déployées.....	67
■ CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	69

■ ORCHESTRER UN PROGRAMME D' ACTIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT D' UN ÉCOSYSTÈME TERRITORIAL FAVORABLE AU PARCOURS DES ÂÎNÉS

Synthèse des apports de l'évaluation qualitative de l'expérimentation Paerpa et recommandations à l'équipe nationale et aux équipes-projet

Introduction

Le champ d'action de l'expérimentation Paerpa (*Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie*) couvre l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie de plus de 75 ans. Un des enjeux majeurs de l'expérimentation est, par une démarche globale bénéficiant de financements conséquents, d'aller au-delà des approches préexistantes de structuration de la coordination des acteurs, de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi que de créer de la coordination entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les professionnels des soins primaires. Concrètement, les équipes-projet ont mobilisé plusieurs dizaines de professionnels du territoire d'expérimentation lors de la conception des programmes locaux, puis dans leur mise en œuvre. Les feuilles de route élaborées pour chaque territoire comportent la plupart du temps au moins 40 fiches-actions. Ainsi, expérimenter Paerpa constitue d'abord un défi de pilotage de projet mais aussi de gouvernance locale. Il s'agit ensuite de construire et de mettre en place des dispositifs – innovations organisationnelles, leviers de mobilisation, outils de gestion et informatiques – qui font système.



Pilotage de projet

À la mesure des attentes et des enjeux du programme Paerpa, qui porte sur un champ d'action large et est à mener dans un temps ramassé, le pilotage de projet requis est d'un type relativement nouveau pour de nom-

breuses agences régionales de santé (ARS). L'évaluation permet d'identifier les principaux points qui se sont révélés nécessaires à la conduite de projet :

- une équipe-projet suffisamment étoffée en compétences et en soutien administratif au chef de projet, ce qui a fait défaut dans quelques territoires mais a au contraire été bien appréhendé dans d'autres ;
- un chef de projet légitimé par le directeur général de l'ARS, qui possède une connaissance préalable du territoire et, idéalement, de ce type de programme expérimental.

L'évaluation fait clairement apparaître que **le sous-dimensionnement de l'équipe-projet et une fragilisation du rôle du chef de projet obèrent les capacités de déploiement d'un tel programme.**

Pour piloter ce type de programme, **les ARS doivent elles-mêmes trouver le moyen de se décroiser en interne et d'équilibrer leurs forces entre le siège et les délégations départementales.** Un fort appui des directions générales apparaît à cet égard indispensable pour que la logique de tels projets transversaux soit légitimée et que, à côté du rôle de leur rôle de tutelle, les différentes directions au sein des ARS s'imprègnent également de modes d'action partenariaux incontournables à un programme comme Paerpa, notamment vis-à-vis des Conseils départementaux.

Gouvernance locale

Les instances créées pour assurer la gouvernance du programme ont pris des appellations variées, certaines s'appuyant sur des organisations existantes. Il a été observé que **la mise en place d'une gouvernance adaptée à chaque territoire et motivant l'implication des institutions et des acteurs demande un temps incompressible, même dans les cas où les relations et des coopérations sont déjà établies.** Dans tous les cas, le positionnement ou le repositionnement des différentes parties prenantes, particulièrement le Conseil départemental et l'ARS dans les cas étudiés, demande un temps qui n'est pas perdu s'il prépare bien le terrain à une coopération renforcée. Selon les cas, la présidence de l'instance stratégique est assurée par l'ARS seule (conformément au cahier des charges) ou partagée avec le Conseil départemental (cf. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA). Les bénéfices à tirer d'une mise en œuvre conjointe de la méthode MAIA et du programme Paerpa sont variables d'un territoire à l'autre, mais négatifs quand les instances de gouvernance sont juxtaposées sans cohérence d'ensemble, ce qui peut créer des effets de compétition. La participation réelle des acteurs des soins primaires aux instances de gouvernance varie notamment selon le degré d'implication des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Mobilisation des professionnels de santé libéraux

Une attention particulière est à apporter aux professionnels de santé libéraux (PSL) car la réussite du programme Paerpa repose sur leur mobilisation à double titre : en tant que concepteurs des actions et des outils et en tant qu'usagers de ces mêmes outils et notamment des plans personnalisés de santé (PPS). Les équipes-projet se sont d'abord tournées vers les URPS, officiellement partenaires de Paerpa, ce qui a bien fonctionné sur certains territoires pour certaines professions. Mais il est également observé que **le point d'appui URPS a pu être fragile ou ne pas fonctionner sur d'autres territoires.** Ceci a conduit à **mobiliser des professionnels du territoire investis à titre personnel, qui ont alors joué un double rôle de leader expérimentateur et d'ambassadeur local.** Ainsi, les leviers de la mobilisation des professionnels ne sont pour le moment pas définissables selon un schéma arrêté. Les équipes-projet gagnent à faire preuve de pragmatisme en travaillant, au moins dans un premier temps, avec les acteurs les plus motivés et en comptant sur l'effet d'entraînement et la démonstration des apports du programme pour les professionnels et leurs patients.

À côté de ces mobilisations de représentants ou d'ambassadeurs, **trois canaux de communication de masse** ont été empruntés pour faire connaître le programme Paerpa aux PSL : les **réunions d'informations** organisées par l'équipe-projet, les **formations** mises en place par les Organismes gestionnaires de développement professionnel continu (OGDPC) et les **visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM).** La réussite de ces actions est très variable. Elle dépend grandement de leur inscription temporelle dans le déroulement du

programme. Si elles ont lieu trop tôt, c'est-à-dire avant que la coordination territoriale d'appui (CTA) soit en place ou le PPS accessible et facilement maniable, il y a un risque qu'elles soient contre-productives, c'est-à-dire qu'elles découragent les PSL. L'attention de ces derniers est une ressource rare. La communication ne suffit pas pour susciter la mobilisation des PSL. Il faut pouvoir être en mesure de leur **offrir un aperçu des bénéfices attendus et un accompagnement à l'utilisation des outils**. Dans bien des cas, l'adhésion à la démarche et la réalisation de PPS reposent sur la possibilité concrète qui leur est donnée de faire bénéficier leurs patients d'une nouvelle offre de soins ou de services créée dans le cadre du programme Paerpa.

Les écosystèmes CTA-PPS-CCP

Une caractéristique du développement du programme Paerpa sur les neuf premiers territoires est la **constitution d'écosystèmes CTA-PPS-CCP spécifiques à chaque territoire**, qui associent une certaine forme de Coordination territoriale d'appui (CTA) à une certaine forme de Plan personnalisé de santé (PPS) et à une certaine forme de Coordination clinique de proximité (CCP).

Trois modèles de CTA sont identifiés sur les neuf territoires :

- la **CTA centralisée qui intègre différents services de coordination**, *via* une colocalisation de structures et soit une fusion juridique de structures (Bordeaux, Valenciennois-Quercitain, Paris), soit un co-portage de la CTA (Grand Nancy, Basse Corrèze, Sud Indre-et-Loire) ;
- la **CTA centralisée par extension d'une structure existante**, cas qui n'a été observé qu'en Bourgogne nivernaise où la CTA est venue compléter le champ d'action d'un groupement interprofessionnel de santé (ancien réseau de santé pluridisciplinaire) ;
- la **CTA décentralisée qui s'organise en deux composantes, un centre et des satellites**, ces derniers jouant un rôle essentiel auprès des PSL. La CTA des Hautes-Pyrénées est ainsi constituée d'une cellule médico-administrative de deux personnes et de six coordinatrices de parcours basées dans les six CLIC du territoire. En Mayenne, la Maison de l'autonomie du Conseil départemental assure une partie des fonctions de la CTA de manière centralisée, tandis qu'une autre partie des fonctions (appui à la réalisation des PPS) est assurée directement par cinq maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) réparties sur le territoire.

En ce qui concerne l'appui de la CTA à la réalisation des PPS, il a été observé trois positionnements différents non corrélés à la forme de la CTA retenue (tableau 1). L'**appui fort à la réalisation des PPS**, offert par quatre CTA, se traduit de la manière suivante : la CTA contacte généralement les professionnels de santé pour initier un PPS, contacte les différents membres de la CCP et assure le lien entre eux. Dans deux territoires d'expérimentation, le principe de fonctionnement est **au contraire l'autonomie des professionnels dans la réalisation des PPS**. Si un appui ponctuel peut être fourni par la CTA, le PPS est avant tout l'affaire de professionnels de santé entre eux, en tant que CCP autonome. Enfin, trois CTA procurent un **appui intermédiaire** : la CTA intervient en appui des professionnels de santé pour les aider à réaliser les PPS, mais le principe reste l'autonomie des professionnels de santé. À Bordeaux et en Indre-et-Loire, une tension s'exprime entre des initiatives des CTA allant vers un appui plus marqué et la capacité à pouvoir le faire de manière permanente et dans la durée.

Tableau 1. Les modèles de CTA observés dans les 9 territoires d'expérimentation

	CTA centralisée			CTA décentralisée
	Extension de structure existante	Intégration de services de coordination		Un centre et des satellites
		Co-localisation et/ou portage commun	Co-localisation et fusion juridique	
Fort appui au PPS		Grand Nancy Basse Corrèze	Valenciennois-Quercitain	
Appui intermédiaire	Nord Nièvre	Sud Indre-et-Loire	Bordeaux	Hautes-Pyrénées
Autonomie des professionnels			Paris	Mayenne

Différents usages du PPS ont été observés. Dans la ligne du principe de fonctionnement en autonomie des professionnels, un premier grand type d'usage du PPS est la **réalisation directe entre professionnels de santé** qui se coordonnent eux-mêmes. Le PPS est alors fortement approprié par les professionnels de santé et l'accent est mis sur la coordination au sein du secteur sanitaire. Néanmoins, la coordination avec le secteur médico-social semble moins évidente (difficulté de coordination due à des rythmes de réalisation différents, interlocuteurs extérieurs à la coordination autour du PPS, etc.).

Un deuxième grand type d'usage est celui d'un PPS réalisé par des professionnels de santé (parfois par un seul, sans coordination avec d'autres) et dans lequel le **PPS sert avant tout de lien permettant de solliciter la CTA pour avoir accès aux offres de services** sanitaires ou médico-sociales d'un territoire. Dans ce cas, le PPS est moins un outil de coordination entre professionnels qu'un **moyen d'élargissement du champ d'action** du professionnel libéral.

Un troisième grand type d'usage est celui d'un **PPS réalisé par la CTA et validé par le médecin traitant**, dans lequel des professionnels de santé sont impliqués, mais ne se rencontrent pas nécessairement. La coordination des membres de la CCP ainsi que la réalisation du PPS sont assurées en grande partie par la CTA.

En ce qui concerne les deuxième et troisième types d'usage, il peut bien entendu y avoir de la coordination entre les professionnels de santé, mais l'objet du PPS est alors essentiellement la coordination qu'il permet entre les professionnels de santé d'une part et l'offre de services sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire.

Ainsi, autour de l'usage du PPS, la recherche menée montre que **des formes très différentes de CCP et même, plus largement, de relations entre professionnels de santé et avec les professionnels du médico-social ou social, se développent.**

Les différentes observations ne sont toutefois pas exclusives par territoire. Elles représentent la philosophie initiale de conception de la CTA et une dominante de pratiques. Les CTA et certains professionnels **développent ainsi des pratiques différenciées selon les cas de patients ou les besoins.** C'est d'ailleurs un enjeu important pour les CTA de parvenir à se positionner en offre de service et d'appui suffisamment flexible pour répondre à la variété des demandes et des pratiques.

La production d'écosystèmes différents résulte certes de choix réalisés au moment du déploiement du programme, mais est également très marquée par les éléments antérieurs du territoire en matière de coordination. L'intérêt de tels déploiements est de proposer un **développement des CTA et des PPS adapté aux historiques, aux atouts et aux difficultés de chaque territoire**, et de tirer parti des structures ou dynamiques existantes. Ceci appelle **deux points de vigilance**. Tout d'abord, du fait de la forte hétérogénéité ainsi créée, la **comparaison entre territoires** sur la base d'indicateurs communs (comme le nombre de PPS générés) doit être précautionneuse alors que ces indicateurs renvoient à des réalités très différentes en fonction des territoires. Un second point de vigilance porte sur la **capitalisation à partir des expériences des neuf premiers territoires** : étant donné la spécificité à chaque territoire de ce qui a été développé, la transposition d'une réalisation jugée réussie sur un territoire ne pourra se faire qu'avec précaution et explicitation des prérequis.

Par ailleurs, pour les territoires ayant fait le choix d'un appui fort ou intermédiaire proposé aux professionnels de santé sur la réalisation des PPS, il existe une **ambiguïté** sur le fait que cela soit un **dispositif provisoire** destiné à ce que les professionnels s'approprient l'outil ou bien un **dispositif permanent** à travers lequel la CTA assurerait durablement une partie de la charge de réalisation de ces PPS à la place des professionnels de santé. Dans le second cas, une **attention particulière est à apporter aux ressources dont bénéficie la CTA alors que les sollicitations croissent, signe positif, mais que leur légitimité se construit beaucoup sur leur réactivité et leur capacité à proposer des réponses rapides aux professionnels de santé.**

Enfin, le travail d'évaluation confirme que la réalisation du PPS trouve facilement sa place en MSP, dans le cadre desquelles **le modèle de la réunion pluri-professionnelle semble avoir un caractère structurant que prolonge le PPS.** Néanmoins, il a été observé que **le PPS a pu se développer hors du contexte des MSP.** Les conditions dans lesquelles cela a pu alors se faire avec un développement conséquent des PPS sont identifiées : des territoires dans lesquels la **CTA propose un appui fort aux professionnels**, dans lesquels des investissements ont été faits en promotion et accompagnement de l'outil (personnel dédié), et dans

lesquels il existe une **offre sanitaire, médico-sociale et sociale conséquente** à proposer en relais de l'utilisation de l'outil PPS.

Systemes d'information

Le développement des outils numériques a donné lieu à un **investissement très important**, que l'on considère les **moyens financiers** consacrés ou les **ressources humaines mobilisées**. Cet investissement concerne à la fois la conception des outils, leur production et leur déploiement. Le pan Systemes d'information (SI) fait l'objet d'un processus de conduite de projet dans la conduite de projet Paerpa, relativement autonome, suscitant beaucoup d'attentes, mais qui doit être synchronisé avec d'autres axes du programme comme le plan de communication et la formation.

Au regard de l'investissement, cependant, **la réalité de la mise en œuvre peut paraître décevante**. Les outils sont déployés avec beaucoup de **retard** et restent **globalement inaboutis au moment de l'évaluation**. Les retards ont pesé sur la montée en puissance de plusieurs actions, sur le fonctionnement de la CTA et la mobilisation des professionnels de santé libéraux. Des territoires ont cependant vu les vertus du développement, en plus ou en place des outils inscrits dans le cahier des charges, de "petits outils" répondant directement aux besoins exprimés localement. Cette stratégie s'avère doublement payante car, outre la réponse à un besoin fonctionnel, elle permet d'enrôler des acteurs qui n'étaient pas forcément intéressés par la démarche Paerpa ni partants pour produire des PPS. La dématérialisation du PPS est apparue un enjeu prioritaire sur plusieurs territoires.

L'évaluation fait apparaître une **tension entre une demande d'outils relativement génériques produits au niveau national, mais pouvant s'avérer un peu décalés par rapport aux besoins locaux, et le travail de développement d'outils très localisés, qui peinent à s'articuler à d'autres programmes et sont peu transférables d'un territoire à un autre**.

Hôpital et Paerpa

Le champ hospitalier semble **résister à une mobilisation dans les programmes Paerpa au-delà de la gériatrie et des urgences**. Le renforcement des équipes mobiles de gériatrie intra- et extra-hospitalières produit des effets positifs, particulièrement aux urgences dans le repérage des personnes âgées fragiles, dans la sécurisation des retours à domicile et de leur suivi ou encore par l'introduction d'un numéro unique.

Toutefois, ce renforcement reste insuffisant pour transformer profondément les pratiques hospitalières et développer une prise en charge plus spécifique aux personnes âgées fragiles. L'autonomie des services reste la norme, et la durée moyenne de séjour (DMS), l'indicateur dominant introduit par la tarification à l'activité (T2A), apparaît comme un frein potentiel à une prise en charge adaptée à la population des personnes âgées fragiles. En sus, les centres hospitaliers sont actuellement traversés par des transformations stratégiques (virage ambulatoire, Groupements Hospitaliers de Territoire) qui mobilisent déjà beaucoup d'énergie et d'attention, si bien que le déploiement des mesures Paerpa est rarement une priorité.

Transitions Hôpital-Ville-EHPAD

La mise en place de dispositifs transitoires et interstitiels entre l'hôpital et les soins de ville ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est au cœur d'une visée centrale de Paerpa : le décroisement des secteurs et des lieux d'exercice nécessaires pour prévenir les ruptures de parcours de santé évitables. Ils ne sont pas déployés de manière uniforme sur le territoire. Dans le cadre de l'évaluation, deux dispositifs ont été plus spécifiquement observés sur certains territoires :

- l'hébergement temporaire d'urgence en sortie d'hospitalisation ;
- le renforcement d'urgence des SSIAD ou SAAD en sortie d'hospitalisation.

Deux conditions apparaissent nécessaires à leur déploiement : l'existence de places disponibles (EHPAD, SSIAD, SAAD) dont le dimensionnement dépend de politiques plus larges que Paerpa, d'une part, et l'investissement dans une ingénierie du fonctionnement du dispositif, d'autre part. Ce dernier demande un effort initial pour élaborer la procédure d'inclusion, de mobilisation et d'articulation des partenaires, dont les cultures, les besoins et les pratiques sont décalés.

Lorsque les dispositifs ont fait l'objet d'un déploiement accompagné et suivi, les retours sont positifs. Ils offrent bien de nouvelles possibilités de parcours aux personnes âgées fragilisées, avec des transitions où le soutien est renforcé. Le retour à domicile post-hébergement temporaire est de l'ordre de 75 % si les critères d'inclusion sont bien travaillés.

La création d'un système d'astreinte de nuit dans les EHPAD, par une infirmière diplômée d'État (IDE) mutualisée sur plusieurs établissements, se déploie également de manière hétérogène et l'évaluation manque d'éléments approfondis. Dans certains territoires, le positionnement de l'IDE dans des EHPAD a été réalisé sans trop de difficulté, alors qu'il a pu être problématique dans d'autres territoires du fait d'établissements réticents à porter l'expérimentation. En Basse Corrèze, le positionnement d'une IDE aux urgences de l'hôpital est expérimenté pour couvrir les besoins des EHPAD et les retours à domicile nocturnes.

Le renforcement de la prise en charge sanitaire en EHPAD par la télémédecine fait ses preuves (préparation ou suivi d'hospitalisation en particulier), même si une hétérogénéité de maturité entre EHPAD existe. Le dispositif exige également un travail du côté hospitalier afin d'assurer une continuité de service. Côté EHPAD, l'une des difficultés est liée à la vacance ou à la forte rotation des postes de médecin coordonnateur ou d'infirmière coordinatrice.

Cadrage national Paerpa - Liens entre programmes

De manière plus générale, il ressort une tension en ce qui concerne le pilotage national du programme, entre la nécessité d'un cadrage plus abouti par exemple sur l'articulation entre différents programmes d'action et leurs dispositifs de gouvernance (Paerpa, méthode MAIA, le déploiement de systèmes d'information partagés, la conférence des financeurs,...) et la marge de manœuvre à laisser aux acteurs des territoires pour tenir compte des spécificités et des temporalités locales et laisser la place aux démarches innovantes. Par ailleurs, il apparaît un besoin de renforcer le partage d'expériences et la capitalisation entre les différents territoires aux différents niveaux d'action, au-delà de ce qui se pratique déjà dans le cadre des démarches accompagnées par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux).

Conclusion

L'expérimentation Paerpa est un programme dont le champ d'action est large, c'est d'ailleurs un des enjeux d'arriver à reconfigurer les acteurs autour du parcours de la personne âgée fragilisée. Suivant l'historique, la gestion de projet et les choix locaux des territoires, des déploiements et des dynamiques relativement contrastées ont pu être observées. **Dans l'ensemble, un mouvement positif est engagé, donnant à voir des perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours et un décloisonnement des différentes parties prenantes.**



Le travail d'évaluation montre l'importance d'une gouvernance adaptée et d'un pilotage de projet suffisamment doté et installé. Même si le besoin de décloisonnement est identifié depuis longtemps, la nature transversale d'un programme comme Paerpa se heurte aux logiques traditionnelles de fonctionnement isolé des secteurs sanitaire, médico-social et social, et de la séparation entre ville et hôpital. En effet, un des premiers apports du programme Paerpa réside dans cette étape de décloisonnement, préalable à des actions impliquant différentes parties prenantes. **Les efforts engagés par les ARS sont un investissement initial qui permet de faire levier sur des décloisonnements internes aux ARS, de nouvelles relations avec les professionnels et les institutions et l'introduction de nouveaux dispositifs de prise en charge des personnes âgées fragiles.**

En définitive, le travail d'évaluation qualitative met en évidence **l'engagement de dynamiques territoriales positives, de premiers résultats confirmant des besoins préalablement identifiés et certaines réalisations produisant des effets encourageants** (soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la CTA, découverte de pratiques professionnelles auparavant ignorées, intérêt manifeste pour les dispositifs transitoires entre hôpital et EHPAD ou entre hôpital et domicile,...).

L'ampleur du mouvement souhaité ne peut pour autant pas se réaliser sur une temporalité de deux à trois ans et **la poursuite de l'effort engagé apparaît indispensable**. Au niveau national, un des enjeux sera d'articuler les différentes politiques publiques visant l'amélioration des parcours de santé (cf. tableau 2 : TSN, MAIA, conférence des financeurs, PTA,...), travail actuellement réalisé par les acteurs territoriaux, au risque parfois de blocages locaux.

Tableau 2. Programmes nationaux connexes à Paerpa

	Portage national	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MAIA	CNSA	17 MAIA	montée en charge						352 MAIA	
Paerpa	DSS	9 premiers territoires						extensions		
TSN	DGOS	5 territoires								
conférence des financeurs	CNSA/DGCS							24 dépts	tous les départements	
GHT	DGOS							mise en place progressive		
PTA	DGOS							mise en place progressive		

 phase d'expérimentation
 phase de déploiement

Recommandations

Pilotage national du projet

Du pilotage du projet Paerpa...

1. Laisser le temps et les moyens à un déploiement adapté à chaque territoire en respectant l'échelonnement entre les différentes étapes (diagnostic, élaboration de la feuille de route priorisée avec les groupes de travail, mise en œuvre des actions) mais attribuer au pilotage national le rôle d'identifier et d'éviter d'éventuels blocages ou enlisements au cours de ce processus.
2. Favoriser la capitalisation entre les différents territoires aux différents niveaux du pilotage : chef de projet, responsable de CTA, responsable d'actions spécifiques.
3. Réfléchir à un référentiel de compétences pour les professionnels de la CTA et à un dispositif de formation pour leur rôle dans la coordination.
4. Travailler à une convergence nationale des programmes de systèmes d'information en cours afin d'avoir des outils préconfigurés (PPS dématérialisé, annuaires, portail de ressource) mais conservant des marges d'ajustement locales dans le cadre de groupes de travail d'utilisateurs.
5. Mener une réflexion sur la manière de développer le rôle des paramédicaux ou de pharmaciens dans l'initiation du PPS, voire dans sa gestion, tout en maintenant le rôle pivot du médecin traitant.
6. Développer les études médico-économiques mobilisant les données médico-administratives en lien avec les constats de l'évaluation qualitative et au plus proche des territoires.
7. Travailler avec les développeurs à l'interopérabilité des systèmes d'information (SI hospitalier / SI collaboratif Paerpa / SI Conseil départemental).
8. Élaborer le cadre permettant le montage aisé de formations pluri-professionnelles s'adressant à la fois aux professionnels de l'hôpital et de la ville, si nécessaire par un cadre dérogatoire dans un premier temps.
9. Coupler autant que possible des indicateurs de processus (ex : nombre de PPS) avec des indicateurs de résultats (ex sur le PPS : types d'actions enclenchées, durée), voire d'impact (ex : hospitalisations évitées)

... à l'organisation des dispositifs au niveau national

1. Travailler l'articulation de différents programmes d'action publique ayant des objets connexes, existants ou démarrants, en clarifiant leurs rôles respectifs dans les meilleurs délais (ex : TSN, MAIA, Conférence des financeurs, PTA, ...)
2. Travailler à un niveau stratégique l'articulation entre les évolutions en cours du monde hospitalier (ex : virage ambulatoire, GHT) et Paerpa avec les autres démarches mobilisant le monde hospitalier (ex : virage ambulatoire, GHT).
3. Au niveau des financements, instruire plus précisément le moyen d'ouvrir l'usage de la T2A à l'hôpital (au-delà de l'indicateur de la durée moyenne de séjour) en cherchant des incitatifs ou des allocations spécifiques poussant au décloisonnement des services en interne et à une meilleure articulation avec les soins en ville ou en EHPAD

Gouvernance locale et pilotage de projet

1. Asseoir les bases du programme par un conventionnement stratégique entre l'ARS et le département.
2. Articuler les instances de gouvernance Paerpa avec celles existantes en essayant de converger vers des instances partagées voire uniques, et impliquer plus largement des représentants des usagers.
3. Renforcer l'implication des usagers dans la gouvernance en s'inspirant des expériences de démocratie en santé développées sur certains territoires.
4. Élaborer un diagnostic territorial à partir des diagnostics existants (ex diagnostic MAIA, schéma départemental, etc.) et de données complémentaires (notamment sur les soins primaires) afin d'en ressortir les caractéristiques spécifiques au regard d'autres territoires et l'utiliser pour co-construire une feuille de route priorisée.
5. Recenser les dynamiques de coordination et de coopération préexistantes et consacrer le temps nécessaire au repositionnement de ces différentes dynamiques dans un projet territorial global via des temps de rencontre et de positionnement des apports respectifs. Un travail autour des concepts et du vocabulaire peut parfois être nécessaire.
6. Ne pas sous-estimer le temps et les moyens à consacrer pour mobiliser les différents acteurs par des rencontres adaptées (échanges bilatéraux, rencontres sur les micro-territoires, visites par des professionnels dédiés,...).
7. Dimensionner correctement la taille de l'équipe projet en nombre (avec des professionnels dédiés), en compétences (pluri-professionnelles), à la fois en proximité et en accès aux équipes du siège et aux décideurs de l'ARS, en fonction des besoins du programme dans le temps.
8. Repenser l'organisation des ARS pour le pilotage de programmes parcours en transversal : portage stratégique, coopération des différentes directions, clarification des rôles respectifs du siège et de la délégation territoriale.
9. Inclure dans l'équipe projet des professionnels ayant une bonne connaissance du territoire et une capacité à être légitime pour l'ensemble des professionnels du territoire.
10. Prévenir le turnover des équipes projet par un cadrage de leur mission et en leur apportant des soutiens nécessaires de la direction générale et des différentes équipes de l'ARS, garantissant ainsi leur légitimité.
11. Prévoir un pilotage rapproché dans la phase de mise en œuvre.
12. Adapter la temporalité du déploiement aux réalités de chaque territoire en respectant l'échelonnement entre les différentes étapes : diagnostic, élaboration de la feuille de route priorisée avec les groupes de travail, mise en œuvre des actions.
13. Prioriser et synchroniser les actions entre elles (ex : formation et outils SI).
14. Monter des groupes de travail autour des actions prioritaires (élaboration et mise en œuvre) en associant les professionnels directement concernés

Mobilisation des professionnels

1. Établir d'emblée un plan de mobilisation des différentes professions impliquées dans le programme (exercice libéral et salarié de premier recours dans les secteurs sanitaire, médico-social et social, professionnels d'EHPAD et hospitaliers).
2. Développer plusieurs pistes conjointes de mobilisation des professionnels libéraux dès le début du programme (URPS mais aussi « leaders proactifs locaux »), le but étant de s'appuyer sur quelques professionnels prêts à s'impliquer dans le projet et jouissant d'une certaine légitimité sur le territoire.

3. Dissocier les démarches réalisées auprès des différentes URPS, leurs positionnements et motivations pouvant différer.
4. Développer une réflexion sur les moyens de mobilisation personnalisée des professionnels de santé (visite ciblée, contacts par messagerie) autant que sur les moyens de mobilisation collective (réunions de territoire ou micro-territoire, soirées, forum).
5. Approcher les PSL en leur parlant des bénéfices directs et concrets du recours aux outils Paerpa pour eux et leurs patients plutôt qu'en essayant de les convaincre abstraitement de la pertinence de la démarche générale.
6. Aborder le développement de la CTA non pas uniquement en tant que dispositif de coordination, mais comme moyen de donner accès à une offre de services plus large : ressource d'appui, accès à de nouveaux services.
7. Veiller à ce que les campagnes d'information et de mobilisation des PSL (formations, visites des DAM) n'interviennent pas trop tôt dans le déploiement du programme et soient articulées les unes avec les autres.
8. Éviter une réalisation trop précoce des formations même si les organismes de formation sont prêts, l'important étant que les professionnels puissent y travailler sur des cas réels et que les dispositifs soient opérationnels.
9. Mobiliser les ARS sur la conception et la production de supports de communication adaptés au contenu du programme tel que conçu localement.

Écosystèmes CTA/PPS/CCP

1. Prendre en compte l'existant de l'offre de soins et de coordination sanitaire, sociale et médico-sociale et des atouts/difficultés des territoires pour concevoir l'écosystème CTA/PPS/CCP le plus adapté localement.
2. Dans le processus d'extension, être vigilant dans la reprise d'éléments qui ont bien fonctionné sur un autre territoire en matière de CTA, PPS ou CCP : interroger systématiquement les conditions l'ayant permis (dynamiques d'acteur et de coordination préexistantes, atouts/difficultés spécifiques).
3. Éviter une communication trop précoce sur la CTA et attendre que celle-ci puisse effectivement procurer un appui et de nouveaux services aux PSL.
4. Préciser la dynamique de déploiement dans les cas d'appuis fort ou intermédiaire proposés aux professionnels de santé par la CTA : s'agit-il une dynamique de passage d'un appui fort vers une autonomisation progressive des professionnels de santé ou d'un principe de maintien de l'appui fort dans la durée ?
5. Adapter les moyens en appui en fonction du choix fait sur le point précédent, en prévoyant les effectifs et les compétences au sein des CTA en fonction.
6. Mener une réflexion sur la manière de développer le rôle des paramédicaux et des pharmaciens dans l'initiation du PPS, voire dans sa gestion, tout en maintenant le rôle pivot du médecin traitant.

Systemes d'information

1. Porter une attention spécifique à deux objectifs : 1. Développer des outils au plus près des besoins des utilisateurs de terrain ; 2. Ne pas uniquement développer l'outil, mais mettre en place les conditions de son usage, par l'implication d'acteurs clés de terrain dans sa conception et son lancement sur le territoire.
2. Inclure des temps de développement locaux des outils, dans le cadre de groupe de travail d'utilisateurs de terrain qui puissent exprimer leurs besoins et faire évoluer l'outil en fonction.

Hôpital

1. L'enjeu de la prise en charge de la perte d'autonomie dans une logique de parcours de santé nécessite que soient mobilisés et impliqués les plus hauts niveaux médicaux et administratifs de l'hôpital à l'initiative de la Direction générale des ARS.
2. À l'appui des mesures opérationnelles (évaluation mobile de gériatrie - EMG, numéro unique, repérage systématique...), créer, renforcer ou élargir suivant les établissements le rôle d'une instance impliquant des représentants des différents services afin de légitimer la problématique et d'avancer sur le décloisonnement.

Dispositifs de transition ville/hôpital/EHPAD

1. Travailler en amont l'articulation avec des politiques connexes dans lesquelles sont impliquées les ARS afin de faciliter le déploiement de l'expérimentation (notamment en termes de places disponibles dans les différentes institutions).
2. Élaborer et expérimenter des modes opératoires précis à partir d'un travail spécifique de définition des procédures et processus, des critères d'inclusion, ainsi que des rôles de chacun. Opérer un suivi les premiers mois et procéder aux ajustements si nécessaire. Capitaliser sur les expériences des autres territoires.
3. Identifier ou constituer un acteur pertinent et légitime (ex : chef de projet, responsable ou médecin de la CTA, voir aussi rôle du pilote MAIA) pour accompagner ce processus entre des acteurs qui se connaissent peu et n'ont pas d'habitudes de travail en commun. Réguler ensuite l'articulation entre ces derniers.
4. Envisager de faire porter l'astreinte infirmière de nuit auprès des patients en EHPAD par les centres hospitaliers plutôt que par les EHPAD. Cela peut permettre de travailler la sécurisation des retours à domicile en sus des interventions en EHPAD. C'est également un moyen de renforcer l'ouverture de l'hôpital sur la ville.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de santé

CTA : Coordination territoriale d'appui

CCP : Coordination clinique de proximité

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IDE : Infirmière diplômée d'État

GHT : Groupement hospitalier de territoire

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PSL : Professionnels de santé libéraux

PPS : Plan personnalisé de santé

SSAD : Services d'aide et d'accompagnement à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

■ INTRODUCTION

Présentation de l'expérimentation PAERPA

Pour répondre au défi du vieillissement et de la perte d'autonomie des personnes âgées, deux rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) de 2010 et 2011¹ ont préconisé la mise en place de dispositifs pilotes organisant des parcours de santé, déployés sur quelques territoires avec la perspective d'extension, voire de généralisation.

C'est dans ce cadre que deux démarches successives ont été engagées :

Une expérimentation initiée par l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, mise en œuvre dans 7 régions (11 projets nationaux).

Une expérimentation dite PAERPA – Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie – déployée à partir de l'article 48 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

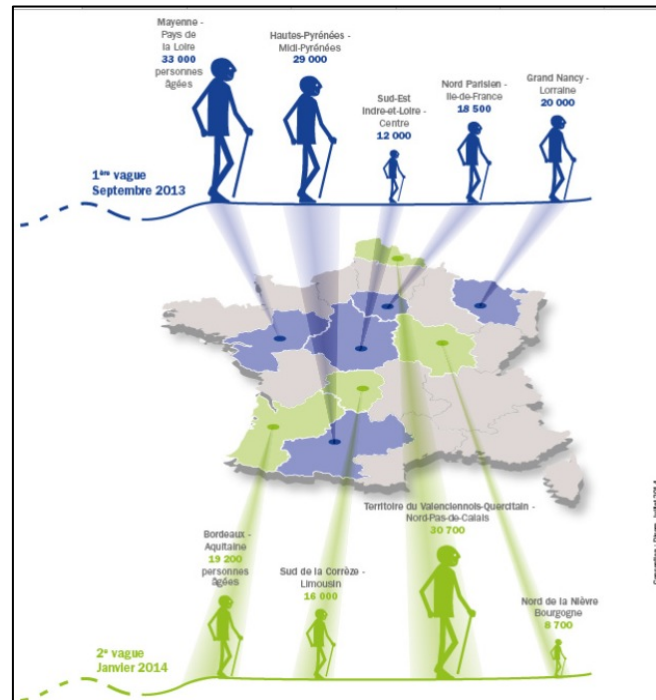
L'objectif général de l'expérimentation PAERPA est « *sur le plan individuel d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celles de leurs aidants et sur le plan collectif l'efficience de leur prise en charge dans une logique de parcours de soins* » (Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes - janvier 2013). Cette expérimentation PAERPA a été initiée et accompagnée dans le cadre d'un comité de pilotage national présidé par M. Dominique Libault. Ce comité national a notamment été chargé de définir les grandes orientations du programme, à partir de quatre ateliers nationaux qui se sont tenus en 2012. C'est sur cette base que l'article 48 a été inséré dans la loi de financement de Sécurité sociale pour 2013 et qu'a été conçu un cahier des charges des projets pilotes PAERPA qui a été proposé aux territoires pour candidater sur les projets pilotes (janvier 2013).

Neuf territoires ont été sélectionnés par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, sur la base de ce cahier des charges, pour mener une **expérimentation PAERPA à partir de fin 2013-début 2014**. L'expérimentation s'est structurée en deux vagues de lancement :

Vague 1 (septembre 2013) : Nord Est Paris (Île-de-France), Grand Nancy (Lorraine), Hautes-Pyrénées (Midi-Pyrénées), Mayenne (Pays de la Loire), Sud Indre-et-Loire (Centre).

Vague 2 (janvier 2014) : Bordeaux (Aquitaine), Sud Corrèze (Limousin), Valenciennois quercitain (Nord-Pas-de-Calais), Nord Nièvre (Bourgogne).

¹ Rapport HCAAM 2010 « Vieillesse, longévité et assurance maladie » ; Rapport HCAAM 2011 « Assurance maladie et perte d'autonomie ».



9 territoires sélectionnés et objet de l'évaluation qualitative.

Méthode

L'évaluation qualitative dont il est ici rendu compte porte sur les vagues 1 et 2 de la première expérimentation (sélection en septembre 2013 et janvier 2014).

Le travail a été mené sur l'année 2016-début 2017 par une équipe pluridisciplinaire de quatre chercheurs (sciences de gestion et sociologie), appuyés en relecture par deux chercheurs qui ne participaient pas au travail de terrain (de profil médical en santé publique et en gériatrie).

Ce travail a consisté en études de terrain de chacun des territoires puis en la réalisation de synthèses, intermédiaires et finales, sur cette base.

Plus précisément, l'étude s'est déroulée en 3 phases :

- **Phase 1 (février-octobre 2016)**

Étude sur le terrain de trois territoires expérimentateurs (Mayenne, Grand Nancy, Nord Est de Paris). Rédaction d'une monographie pour chacun des territoires. Réalisation d'une synthèse intermédiaire (septembre 2016).

- **Phase 2 (septembre-décembre 2016)**

Étude sur le terrain des six autres territoires expérimentateurs (Sud Indre-et-Loire, Bordeaux, Valenciennois quercitain, Hautes-Pyrénées, Nord Nièvre et Sud Corrèze). Rédaction de monographies pour chacun des territoires. Présentation d'une synthèse finale lors du comité de pilotage de l'évaluation (décembre 2016)

- **Phase 3 (début 2017)**

Rédaction d'un rapport final sur la base du travail sur les 9 territoires et des synthèses, intermédiaire et finale.

Sur ces différentes phases, l'approche suivante a été développée :

- **Phase 1** : une approche inductive a été adoptée sur les trois premiers territoires, visant à repérer les enjeux de la mise en œuvre du programme à partir des dispositifs identifiés dans un référentiel d'évaluation préalablement établi. Sur cette base, la synthèse intermédiaire a consisté à formuler des hypothèses de travail, des questionnements et des pistes de travail, fondés sur les observations menées sur les trois premiers territoires ;

- **Phase 2** : une approche de nature inductive a été maintenue sur les 6 territoires suivants, mais en centrant les observations en fonction des enjeux identifiés dans le cadre de la phase 1, dans l'objectif de confirmer/infirmier/reformuler les hypothèses de travail posées dans la synthèse intermédiaire ;

- **Phase 3** : Le rapport final est organisé autour des thématiques identifiées comme des enjeux essentiels pour le déploiement du programme. Sur chacune des thématiques, les apports principaux de l'évaluation en termes d'enseignement, ainsi que des pistes de travail et/ou recommandations sont dégagées.

Ainsi, l'évaluation a adopté une démarche en deux temps, fondée d'abord sur l'observation de chaque territoire dans sa spécificité et ensuite sur une remontée en généralité, au niveau des synthèses. Les livrables produits sont donc de deux natures :

Des **monographies par territoire**, volontairement descriptives pour permettre de saisir les spécificités de chaque déploiement ;

Des **synthèses, intermédiaires et finales**, qui permettent de dégager des enseignements plus larges et plus analytiques sur le déploiement général du programme.

Dans le temps et les ressources qui étaient alloués à l'étude, la méthodologie adoptée a été de mener le travail sur chaque territoire par étude documentaire d'une part (supports et comptes rendus de réunion, notes produites, documents de communication, conventions, etc.) et entretiens d'autre part, avec plusieurs acteurs de terrain de chaque territoire², lors de visites de terrain essentiellement. Étant donné l'importance du nombre de dispositifs déployés dans le cadre de chaque programme Paerpa, la stratégie adoptée pour cette première phase a été, dans la phase 1, de traiter toutes les mesures phares du programme sur tous les territoires, de manière à ne pas passer à côté d'un pan important de celui-ci, mais sans approfondissement sur les mesures développées, et dans la phase 2, de centrer davantage l'étude sur le déploiement général du programme, les modalités de gouvernance et la mise en place de la coordination territoriale d'appui (CTA), en approfondissant davantage ces trois thèmes.

PORTÉE ET LIMITES DE L'ÉVALUATION QUALITATIVE

Le fait que l'évaluation qualitative ait été menée sur un temps relativement restreint (1 an) et assez tôt (2016) par rapport au déroulement de l'expérimentation entraîne deux principaux points d'attention sur la portée et les limites du travail ainsi produit :

La temporalité. Nous observons que les situations évoluent parfois très rapidement sur les territoires (aussi bien vers un déblocage que vers un blocage) alors que notre évaluation intervient parfois relativement tôt au regard du déploiement et de la montée en charge des actions. Nous visons donc **d'avantage une compréhension d'un processus en cours sur chaque territoire, plutôt qu'un état des lieux**, celui-ci pouvant vite se révéler obsolète.

Le périmètre de l'étude et sa non-exhaustivité. Les choix thématiques fait pour les monographies, notamment sur la phase 2, ont entraîné un travail resserré sur certains dispositifs du programme et certains acteurs (Agences régionales de santé (ARS), chefs de projet et responsables de CTA principalement). Cela permet de produire des monographies restituant de manière détaillée certains développements du programme, dans leur réalité concrète de terrain. Cela implique néanmoins un périmètre d'étude plus restreint et une non-exhaustivité dans l'étude des dispositifs PAERPA.

² Chaque monographie précise en annexe les personnes avec lesquelles des entretiens ont été menés.

Plan du rapport

Ce rapport final est structuré autour de sept thématiques qui sont traitées de manière transversale aux neuf territoires. L'objectif de cette organisation par thématique est de faire émerger les éléments principaux de l'étude, de présenter de manière synthétique les analyses qui ont été menées sur le déploiement du programme PAER-PA à un niveau d'ensemble, tout en montrant de quelle manière ces analyses s'ancrent dans le travail de terrain qui a été réalisé sur chaque territoire. Pour cela, les thèmes principaux sont explicités dans chaque partie et des exemples sont régulièrement développés en appui de chaque analyse, issus du travail par territoire.

Pour chacune des sept thématiques, les principaux apports de l'évaluation sont dégagés et des pistes de travail ou recommandations sont avancées. Ces apports et recommandations sont systématiquement repris en encadré à l'issue de chaque thématique.

Le rapport est construit autour de sept thématiques, constituant autant de parties distinctes :

1. Démarche projet et gouvernance locale
2. La constitution d'écosystèmes locaux CTA-PPS-CCP
3. Les multiples leviers de l'adhésion des professionnels de santé
4. Des systèmes d'information nécessaires mais non suffisants
5. Une introduction de PAERPA à l'hôpital limitée mais à poursuivre
6. Des dispositifs interstitiels entre hôpital et ville-EHPAD prometteurs
7. Une insertion de PAERPA à travailler

■ 1. DÉMARCHE-PROJET ET GOUVERNANCE LOCALE

Dans cette partie, nous décrivons comment chaque territoire Paerpa a conduit le déploiement de son programme Paerpa, comment celui-ci est venu prendre racine à partir de dynamiques territoriales préexistantes, quelle équipe projet a été mise en place avec quels effets, quelles ont été les grandes étapes en analysant les freins ou leviers qui ont pu alors apparaître, comment les changements de pratiques et organisationnels ont pu être gérés ou accompagnés et, enfin, comment la gouvernance locale a pu s'organiser. Nous concluons par quelques leçons à tirer et recommandations pour le déploiement de futurs programmes Paerpa. Les éléments décrits ci-dessous permettent de compléter ou approfondir les premiers constats établis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dans le document de capitalisation de mai 2016³.

Il faut au préalable signaler que le cadrage sur la conduite du projet Paerpa sur les territoires est relativement léger dans le cahier des charges Paerpa. On peut simplement relever des éléments concernant la constitution d'une équipe projet portée par l'ARS avec *a minima* « une personne chargée de la mise en place et du suivi du dispositif et un informaticien pouvant assurer une assistance informatique pour aider les professionnels à se familiariser avec les systèmes d'information et à adapter leurs logiciels métiers » (p. 13 du cahier des charges). Les notions de diagnostic territorial de l'offre de service et de son adéquation aux besoins des personnes âgées, ainsi que de feuille de route ne sont pas évoquées. Elles semblent avoir été introduites par le biais de l'ANAP quand celle-ci a missionné les cabinets de conseil pour l'accompagnement des sites. Par ailleurs seul l'accompagnement des acteurs dans le déploiement et l'utilisation d'outils (annuaire des ressources, messagerie sécurisée, outils informatiques) a été mis en avant, rien n'est indiqué pour le pilotage de projet. Enfin, les seuls indicateurs proposés susceptibles d'être utiles à un pilotage de projet sont ceux de l'évaluation concernant le degré de mise en œuvre des processus (suivi réalisé par l'ANAP).

1.1. La conduite de projet : un investissement indispensable pour la gestion d'un programme éminemment complexe

1.1.1. Une articulation de la conception de la feuille de route parfois délicate

Les différents territoires expérimentateurs ont suivi un séquençage d'ensemble identique autour de 3 dispositifs : le diagnostic territorial ; des groupes de travail thématiques et la réalisation d'une "feuille de route".

Les diagnostics territoriaux ont été réalisés par les équipes statistiques des ARS pour la partie quantitative. La partie qualitative a été réalisée avec l'appui des équipes de consultants sélectionnées par l'ANAP. L'existence de données préalables ou à construire est absolument déterminante dans ce cadre. Certains territoires ont ainsi perdu un temps important de ce fait, comme le Sud Indre-et-Loire. Dans certains cas, cela amoindrit même l'intérêt d'un diagnostic territorial très fouillé alors que les groupes de travail sont engagés et que les actions sont déjà partiellement élaborées. Un des enjeux est vraisemblablement d'arriver à "standardiser" ce type de diagnostic et à le mutualiser avec d'autres exercices de ce type, par exemple les schémas gérontologiques départementaux et les projets régionaux de santé. Globalement, les diagnostics territoriaux ne semblent pas avoir révélé d'éléments inconnus. Leur **apport semble plus résider dans l'objectivation et le partage d'informations qui peuvent faciliter l'orientation consensuelle** vers des champs d'action prioritaires. Il est à noter que, sur cer-

³ ANAP, *Organiser la gouvernance d'un projet Parcours. Retour d'expériences des territoires PAERPA*, mai 2016.

tains territoires, une bonne partie du diagnostic territorial avait été réalisée dans le cadre de la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)⁴.

Dans les faits, les **programmes locaux ont été influencés par l'engagement marqué de certains acteurs**, d'ailleurs préalablement engagés sur le territoire et mobilisés généralement dès le dépôt de candidature. Il peut s'agir de médecins libéraux exerçant en Maisons de *santé* pluriprofessionnelles (MSP) (ex : Mayenne, Bourgogne nivernaise), de praticiens hospitaliers (ex : Basse Corrèze) ou encore d'un responsable de réseau gérontologique (ex : Grand Nancy). Leur positionnement influe ensuite dans une certaine mesure sur les orientations du programme Paerpa local, qui s'appuie sur ces "forces vives" ayant au préalable développé des actions dans le champ en question.

Un point à souligner est le nombre d'acteurs à mobiliser pour élaborer le programme Paerpa : tous les secteurs sont concernés, de nombreuses professions libérales et leurs représentants, les acteurs politiques,... ce qui représente plusieurs centaines de professionnels. Il en découle un **nombre de prises de contact puis de réunions à tenir considérable**.

Sur les différents territoires ont été tenues une série de réunions par "micro-territoire" et ont été organisés des groupes de travail thématiques, entre trois et cinq selon les territoires, se réunissant entre une et trois fois selon les territoires et les thèmes traités. Ces derniers étaient à la discrétion des territoires. On y retrouve le plus souvent, sans que cela n'épuise la variété des groupes de travail effectivement constitués : la CTA, le Plan personnalisé de santé (PPS) et la Coordination clinique de proximité (CCP), les "urgences" et tout ce qui tourne autour des hospitalisations, les systèmes d'information.

Il a été relevé une mobilisation conséquente et répétée des professionnels sur les territoires, marquant un intérêt pour les problématiques abordées et des attentes vis-à-vis du programme. Les acteurs hospitaliers ont globalement été moins présents.

L'ampleur des acteurs à mobiliser et le volume des réunions à tenir tendent à saturer structurellement les agendas des chefs de projet. S'ils sont isolés, cela devient même une gageure d'arriver à mener de front mobilisation des "micro-territoires" et groupes thématiques, d'où l'importance d'avoir une équipe de conduite de projet étoffée.

Dans ce contexte, **l'appui de l'ANAP et des équipes de consultant sélectionnées a été important, et même parfois déterminant pour les chefs de projet** afin de tenir les délais (cabinet EQR à Nancy, Sud Indre-et-Loire et en Basse Corrèze ; le cabinet Cap Gemini en Bourgogne nivernaise, dans les Hautes-Pyrénées et dans le Valenciennois quercitain ; le cabinet Deloitte à Bordeaux ; le cabinet Acsantis en Mayenne et en Bourgogne nivernaise). L'ANAP et les équipes de consultants ont apporté un appui (et dans certains cas une prise en charge quasi complète) sur la réalisation du diagnostic territorial et/ou sur le processus de production de la feuille de route à partir de groupes de travail (organisation des groupes, animation, réalisation de synthèses et, parfois, rédaction des feuilles de route). En dehors du territoire parisien qui a fait peu appel aux consultants, la majorité des acteurs soulignent l'aide précieuse que ces consultants ont pu apporter et sans qui le travail de diagnostic approfondi et la conduite sur un temps court de 4 à 5 groupes de travail aurait été impossibles.

Parmi les principales tâches assurées, sont ressorties les suivantes :

- mise en forme de documents, rédaction de comptes rendus de réunion (groupe de travail, réunions par micro-territoire) ;
- soutien et co-animation de réunion ;
- appui à la structuration de la feuille de route ;

⁴ La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) a été mise en place dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 dans un premier temps (2009-2010) de manière expérimentale puis généralisée à partir de 2011 jusqu'à une couverture complète du territoire national début 2017. Transposée du modèle PRISMA implanté au Québec, elle consiste en la mise en œuvre de l'intégration de tous les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux à destination des personnes âgées en perte d'autonomie de plus de 60 ans et des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et apparentées. Elle repose sur 3 mécanismes, la concertation (stratégique, tactique et clinique), la mise en place d'un guichet intégré et la gestion de cas, et mobilise 3 types d'outils : un outil d'évaluation multidimensionnelle, le plan de service individualisé et un système d'information partagé.

- parfois des traitements plus spécifiques, comme la concrétisation de la CTA en Basse Corrèze où le cabinet de conseil a mené deux réunions après la formalisation de la feuille de route afin de faire aboutir le portage et la localisation de celle-ci.

De manière générale, **cet appui est venu soutenir des chefs de projet parfois isolés et manquant de soutien, notamment administratif**. Or, être en position d'animation territoriale et de communication est apparu difficilement conciliable avec un travail de formalisation et d'organisation dans les temps restreints impartis.

Ce constat soulève des interrogations sur la capacité de nouveaux territoires, tout particulièrement ceux qui sont les pionniers de leur région, à développer leurs projets dans de bonnes conditions sans ce type d'appui.

Selon les territoires, l'enchaînement entre ces différents dispositifs a pu être assuré dans les cas favorables, sinon **il a parfois été ramassé et en partie concourant par manque de temps**. Cela apparaît plus marqué pour les territoires de la vague 2, particulièrement lorsqu'ils ont dû travailler avec des équipes réduites ou éloignées géographiquement (*cf.* développements sur ces points *infra*).

Ainsi, en Bourgogne nivernaise, la production de la feuille de route, présentée à la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) le 10 octobre 2014, a suivi de très près la tenue des derniers groupes de travail fin septembre, respectivement sur l'offre de services et la prévention et sur l'organisation de la CTA. Même si les territoires de la vague 2 ont pu bénéficier des avancées des territoires de la vague 1 en visitant ou en s'inspirant de ce qui s'y mettait en place, il est apparu ensuite que l'appropriation locale de ces exemples demandait du temps et des ressources qui pouvaient engendrer un temps de latence conséquent entre la formalisation de la feuille de route et sa mise en œuvre, et même des écarts entre le formalisé et ce qui serait réalisé / réalisable. Cette difficulté a été particulièrement observée en Basse Corrèze, dans les Hautes-Pyrénées et en Bourgogne nivernaise.

D'autres territoires ont plus facilement mis en œuvre les actions à partir de la feuille de route. Dans ce cas, soit il y a eu une **équipe projet renforcée** qui a permis de mener de front les différentes actions (Grand Nancy, Paris), soit il y a eu un **portage fort par des partenaires** sur le territoire (Valenciennes avec l'équipe ARS et le GCS, Bordeaux avec l'équipe projet élargie aux partenaires), soit il y a eu une certaine **séquentialisation du déploiement** (Mayenne).

Dans l'ensemble, nous constatons que **plusieurs expérimentations ont pâti d'un déficit de conduite de projet d'ensemble**, maillant conception et réalisation dans les réflexions menées et les moyens de pilotage engagés. Deux facteurs principaux peuvent être relevés :

- le caractère novateur de ce type de projet pour les ARS et donc des apprentissages à réaliser en la matière ;
- la pression à la production "à date" des feuilles de route, poussant dans certains cas de territoires moins matures ou à conduite de projet plus difficile à des feuilles de route partiellement en décalage avec les capacités et les engagements des acteurs locaux.

Le **besoin de prioriser et de chaîner les actions** nous apparaît donc un point important de la conduite de projet. Dans le cas inverse, la tendance est de réaliser les actions selon leur facilité et/ou rapidité de déploiement, aux dépens potentiels d'actions plus structurantes ou impactantes pour les acteurs et les patients du territoire. Un autre phénomène observé a été l'introduction d'actions dont les effets positifs étaient conditionnés à d'autres actions préalables, en l'occurrence la mise en place d'un système d'informations partagé opérationnel ou de certains outils numériques (PPS dématérialisé). Ainsi, le lancement de sessions de formations en direction de professionnels de santé libéraux peut s'avérer contre-productif, puisque la démarche à laquelle ils sont formés n'est pas immédiatement opérante alors que c'est apparu, sans réelle surprise, comme un facteur facilitant l'adoption, dans une logique de formation-action. De la même manière, présenter le PPS auprès de professionnels de santé de ville alors que la CTA n'est pas encore en mesure de fournir un appui conséquent ou des services aidant à répondre aux situations rencontrées risque souvent de se révéler contre-productif auprès d'acteurs très pris par ailleurs et en demande de solutions opérationnelles immédiates.

1.1.2. L'impact du dimensionnement et de la constitution de l'équipe

Le fait d'avoir une équipe dédiée composée de plusieurs personnes apparaît comme un facteur important de la capacité à engager une majorité des actions de la feuille de route dans un temps court (de deux à trois ans), ce qu'illustrent ci-après les cas du Grand Nancy, de Paris et de Bordeaux.

À **Nancy**, le fait d'avoir eu dès le début une équipe conséquente (le délégué territorial – DT – plus une chargée de mission), et de l'avoir renforcée au fur et à mesure de la montée en charge du programme (embauche successive de deux personnes) apparaît comme un facteur facilitateur de la capacité à développer de nombreuses mesures dès les premières années. La montée en compétence en interne que cela entraîne, apparaît également comme un point d'appui pour le déploiement à venir sur de nouveaux territoires du département.

À **Paris**, une chargée de mission dédiée à l'opérationnalisation du programme Paerpa a été embauchée, en appui de deux chefs de projet respectivement DT et responsable du pôle ambulatoire, innovation et démocratie sanitaire de la DT (non dédiés au projet et impliqués sur d'autres activités de la DT). La constitution d'une équipe renforcée dont une personne dédiée semble avoir été un atout pour mener simultanément plusieurs chantiers : en s'appuyant sur une répartition des champs de travail et de ce fait d'une capacité à assurer une présence sur le terrain sur les différents sujets.

À **Bordeaux**, l'équipe projet qui s'est stabilisée assez tôt en février 2014 est une équipe projet élargie comprenant, outre des personnes de l'ARS siège et DT, un réseau de partenaires qui ont souhaité être identifiés comme membres à part entière de l'équipe projet.

COMPOSITION DES ÉQUIPES PROJETS

Nancy = Un chef de projet directeur de la délégation territoriale + une chargée de mission dédiée + embauche de 2 personnes + des appuis en ressources complémentaires.

Paris = 2 chefs de projets (Directeur de la délégation territoriale + responsable pôle ambulatoire) + une chargée de mission dédiée + appuis en ressources complémentaires.

Valenciennois-Quercitain = Une cheffe de projet (non dédiée à Paerpa) mais une chargée de mission dédiée + appui en ressources complémentaires.

Sud Indre-et-Loire = en délégation territoriale, 1 chef de projet et un gestionnaire de projet (partagé avec CTA) et la déléguée départementale ARS Indre et Loire + au siège 1 chargé de mission SI, 1 référent médical, 1 appui statistique, 1 référent communication.

Bordeaux = directeur de projet (Directeur de la délégation territoriale + cheffe de projet dédiée + binômes technique/administratif des directions métiers sur chaque thème traité + appui sur ressources complémentaires et sur partenaires du territoire (GCS e-santé, OMEDIT, Conseil départemental, CPAM, URPS, ISPED).

À l'inverse, d'autres territoires ont des équipes plus resserrées⁵ ce qui a pu se ressentir pour déployer l'ensemble des actions de la feuille de route, et induire un déploiement souvent plus partiel des actions. En outre certaines de ces équipes ont connu un **turnover important**, ce qui a été un frein clairement identifié au bon avancement du projet. Nous évoquons ci-après les cas des Hautes-Pyrénées et de la Bourgogne nivernaise.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, l'équipe projet ARS a varié dans le temps avec au départ une cheffe de projet à temps partiel (aussi référente pour les MAIA) avec une adjointe, mais qui n'a pas pu faire face à la charge de travail et à la pression du projet et qui s'est retrouvée en arrêt maladie. Elle a été remplacée pendant 9 mois par un médecin, ancien directeur du réseau de santé des Hautes-Pyrénées Arcade : il avait également été responsable du 1^{er} recours à l'ARS et impliqué dans le montage du dossier Paerpa. Mais à son départ à la retraite 9 mois après, il a été difficile de trouver un nouveau chef de projet. C'est alors son adjointe qui assure le rôle de chef de projet par intérim, mais sans avoir été remplacée dans sa fonction d'adjointe. Elle dispose d'un appui limité de deux gériatres à 20 % de leur temps qui se révèle insuffisant pour qu'elle puisse à la fois assurer correctement le rôle de pilotage du projet et sa gestion quotidienne.

⁵ Le financement des équipes projet ARS ne pouvait pas être abondé par du budget PAERPA. En conséquence, les choix ont été faits relativement à des considérations locales, de stratégie, de représentation de la tâche et de contrainte financière. Sur plusieurs territoires, le renforcement des équipes projet est passé par le financement de postes sur des structures hors ARS.

Le territoire de la **Bourgogne nivernaise** a pour sa part connu 4 changements de chef de projet. Après une cheffe de bureau pas assez disponible sur les premiers mois, un deuxième chef de projet a été nommé au siège de l'ARS. Disposant de peu d'appuis à l'ARS, il a dû mener l'élaboration de la feuille de route avec l'appui d'un chargé de mission positionné sur le territoire. Un troisième changement temporaire est intervenu après le changement d'affectation du deuxième, temps de latence de quelques mois qui a été comblé par l'arrivée quasi-concomitante mi-2015 d'un binôme de cheffes de projet, l'une avec un profil d'infirmière cadre de santé et l'autre cadre administratif. Un an après, la chefferie de projet est assurée par l'infirmière cadre de santé uniquement suite à la mobilité de sa collègue.

COMPOSITION DES ÉQUIPES PROJETS (SUITE)

Mayenne = chef de projet en DT + appui de deux cadres sur un autre site (responsable SI et directeur parcours ARS) + appui en ressources complémentaires.

Hautes-Pyrénées = chef de projet à temps partiel puis complet puis intérim par l'adjointe (+ adjointe) + chargée de mission SI+ médecin référent (20 %) + appui en ressources complémentaires.

Bourgogne nivernaise = 1 cheffe de projet chef de service peu disponible, remplacée par un chef de projet. Les 2 peuvent s'appuyer sur des ressources complémentaires en interne à temps partiel. Mi-2015, changement de chef de projet, remplacé par un binôme IDE cadre de santé et cadre administratif. Départ de la cadre administrative environ un an après.

Basse Corrèze = 1 chef de projet à 40 % (partie en avril 2016) et une ingénieure de projet (arrivée en septembre 2015, faisant fonction de chef de projet depuis avril 2016) + assistante à 50 % + gestionnaire de projet à 10 % + appui en ressources complémentaires.

Il paraît par ailleurs important de pouvoir s'appuyer sur une **équipe pluri-professionnelle** réunissant les différentes compétences (médicale, statistique, SI, planification, communication, offre de soins premier recours, médico-sociale, filière, santé publique, financier, ...), soit en interne, soit en s'appuyant sur des professionnels de différentes directions de l'ARS. Ces ressources sont soit en partie dédiées, soit rendues disponibles en tant que de besoin. De ce point de vue, **l'implication de la direction générale de l'ARS est un facteur important pour poser le cadre et valider la disponibilité des équipes** comme cela a pu être fait en Aquitaine. En effet, la nature transversale du programme Paerpa, et de manière générale des politiques Parcours, percute également l'organisation classique des ARS qui fonctionnent par champs bien distincts.

1.1.3. Impact positif de la localisation de l'équipe en délégation territoriale (DT) mais proche du siège

Certains territoires comme Paris, la Mayenne, Nancy, le Sud Indre-et-Loire et Bordeaux ont **localisé l'équipe projet dans la délégation territoriale (DT)**, ce qui semble assurer une proximité facilitante pour le travail avec les acteurs (nombreuses interactions, réunions déplacements, etc.). Nous observons néanmoins que trois de ces cinq territoires ont **leur DT située dans la même ville et parfois dans les mêmes locaux que le siège de l'ARS**. Ceci facilite les échanges avec les services centraux et l'appui de la direction générale lorsqu'elle s'avère nécessaire.

Or, au-delà de l'éventuel appui stratégique que cette proximité peut apporter, la proximité avec le siège peut jouer un rôle non négligeable dans l'appui en termes de ressources à l'équipe projet de la DT.

Ainsi, à Paris, l'équipe projet a été localisée en DT : les deux chefs de projets sont le DT et le responsable du pôle ambulatoire, innovation et démocratie sanitaire de la DT. La chargée de mission dédiée a été recrutée par la DT. Néanmoins, les chefs de projets travaillent dès le début à créer une équipe qui associe à la fois des personnes de la DT et du siège de l'ARS. Sur la vingtaine de personnes qui constituent finalement l'équipe projet au sens large, le siège fournit l'essentiel des compétences mobilisées en interne en SI ainsi qu'un renfort important de personnel du pôle médico-social.

Une proximité géographique entre la DT et le siège apparaît ici comme un élément plutôt facilitateur du déploiement des programmes, pas seulement du fait de l'appui stratégique que l'on peut logiquement attendre, mais aussi du fait des ressources de proximité qu'il permet de mettre à disposition. Cela facilite aussi les interactions récurrentes qu'il convient d'établir avec les acteurs de terrain, avec une meilleure connaissance des enjeux locaux. C'est notamment le cas pour le programme Paerpa du Nord-Pas-de-Calais et celui d'Indre-et-Loire où les temps de déplacement entre le siège et la DT sont respectivement de 30 minutes et d'une heure.

A *contrario*, d'autres configurations sont moins favorables. Dans les Hautes-Pyrénées, en Basse Corrèze ou en Bourgogne nivernaise, **l'équipe projet est basée au siège régional de l'ARS qui est éloigné du territoire Paerpa**. Ce choix est lié en Basse Corrèze et en Bourgogne nivernaise à la visée de l'extension dans le reste de la région et du fait d'une dotation en ressources très limitée de la DT. Pour remédier à ces difficultés, la Bourgogne a basé son chef de projet à Dijon, et placé une ressource en relais localement, dans le cadre d'un stage tout d'abord, qui a ensuite été transformé en CDD. En Corrèze, la cheffe de projet d'origine venait deux fois par semaine en local au début, puis il a été décidé de recruter un ingénieur projet dédié localement. Cette dernière personne a été basée, non pas à l'ARS, mais au Centre Hospitalier de Brive à côté de la CTA, pour des raisons de portage financier. En Midi-Pyrénées, le chef de projet était soit sur place, soit devait de déplacer deux fois par semaine, ce qui ne constitue pas une solution optimale.

1.1.4. Le chef de projet, profil de compétences et stabilité

Outre les aspects de localisation, le profil du chef de projet est apparu comme un point important dans le bon déroulement dans le temps du projet. À partir des dynamiques contrastées des neuf territoires, et en tenant compte également des effets de dimensionnement des équipes et de positionnement géographique de la chefferie de projet, il est possible de relever **trois éléments facilitateurs du pilotage de projet**.

Le premier est la **continuité de la chefferie de projet**. Un acteur investi depuis le début et dans une continuité entre la conception et la mise en œuvre des actions apparaît comme un élément facilitateur. De ce fait, un engagement sur le poste durant deux à trois ans produit des effets d'apprentissage et de continuité particulièrement bénéfiques à l'expérimentation du programme.

Mais cela n'est pas suffisant. Le **profil du chef de projet** est bien sûr important. Tout d'abord il faut qu'il ait la **disponibilité** suffisante pour assumer la charge. Sauf dans le cas où il serait entouré d'une équipe projet renforcé, comme ce fut le cas en Lorraine et dans une moindre mesure en Mayenne, il est délicat pour un délégué territorial ou un directeur de département d'une ARS de dégager le temps nécessaire pour porter seul la chefferie de projet. À Paris, c'est ainsi qu'un binôme entre le délégué territorial et le responsable du "pôle ambulatoire, innovation et démocratie sanitaire" a été retenu. En Bourgogne nivernaise ou en Basse Corrèze, le portage aux sièges d'ARS éloignés et de responsabilités initialement confiés à des chefs de bureau a, indépendamment des qualités et de l'investissement des personnes, fragilisé l'élaboration du programme, très consommateur de temps de contact et de réunion comme nous l'avons décrit précédemment.

Outre la disponibilité, deux éléments de profil sont particulièrement ressortis :

- avoir une certaine **expérience du déploiement de programmes** expérimentaux est un atout, alors qu'il s'agit d'**introduire des relations partenariales** qui peuvent être décalées par rapport à la tutelle exercée par ailleurs par les ARS ;
- la **connaissance préalable du territoire** et de ses acteurs permet de trouver les bons relais et les bons moyens de mobilisation.

Enfin, le fait d'être dans une **position clairement légitimée et soutenue par le DG** de l'ARS ou par le Délégué territorial est indispensable. Cette position passe par différents biais : soutien affiché, contrat de travail stable, titre officiel de chef de projet, soutien apporté en matière de secrétariat et/ou de gestion, tous ces éléments concourant à renforcer la position du chef de projet vis-à-vis des acteurs internes et externes à l'ARS.

L'absence d'un de ces éléments traduit le plus souvent un frein conséquent au déploiement du programme. Il est à noter que les compétences de pilotage de projet, à défaut d'être un point validé initialement, peuvent se développer au fil de l'eau. Malgré tout, l'absence de formation ou d'accompagnement ne facilite pas la tâche dans ce cas, et peut mettre en danger le déploiement d'un programme complexe.

1.2. Des éléments clés de l'accompagnement des acteurs à prendre en compte en s'adaptant aux réalités territoriales

1.2.1. Un appui sur le passé et l'existant bénéfique mais qu'il faut souvent reconfigurer

Nous constatons que, sur tous les territoires, le programme Paerpa a nécessité avant de se déployer des opérations de structuration/restructuration des relations entre les acteurs institutionnels. Certains territoires peuvent être considérés comme plutôt favorables de ce point de vue dans le sens où :

- **des acteurs sont déjà mobilisés** sur le sujet (sur Paris : contrat de territoire et acteurs du médico-social présents dès le début du projet ; sur la Mayenne : projet régional de santé et MSP engagés très tôt sur le projet ; sur Nancy : contrat local de santé et réseau gérontologique ; sur Bordeaux : dynamique partenariale avec CHRU, hôpital de Bagatelle et ISPED, programme dans le domaine de la prévention avec Assurance maladie et ville de Bordeaux ; sur le Valenciennois quercitain : GCS porteur de la MAIA ; en Basse Corrèze : liens entre Conseil départemental, hôpital et CCAS, maison de l'autonomie ; en Bourgogne nivernaise : contrat local de santé avec une des premières MSP) ;
- **des structures de coordination et/ou dispositifs** sur les sujets de Paerpa existent déjà (sur Paris : CLIC – Centres locaux d'information et de coordination – et filière gériatrique ; sur la Mayenne : CLIC et MAIA, DCA (appui à la coordination en sortie d'hôpital portée par les établissements sanitaires), EAAR (appui à l'adaptation du domicile porté par les hôpitaux ou CCAS) sur Nancy : CLIC et MAIA ; sur Bordeaux : filière gériatrique du CHRU développée, CCAS avec CLIC et MAIA ; en Basse-Corrèze : 3 instances de coordination de l'autonomie et un CLIC, filière gériatrique avec EMG interne et externe) ;
- **des dynamiques sont déjà lancées** sur la question des parcours (à Nancy, en Mayenne et en Bourgogne Nivernais/canton de St Amand Puisaye, l'expérimentation "article 70" de la LFSS 2012 est particulièrement présente).

Par ailleurs, certains territoires comptent de nombreuses initiatives qui se développent en parallèle et qui peuvent voir d'un mauvais œil l'arrivée d'un nouveau programme qui va entrer en compétition avec leur financement, et réduire de facto le temps que les tutelles pourront leur consacrer (ex : Hautes-Pyrénées avec CLIC, réseaux, filière gériatrique, MAIA et équipes territoriales de prévention (ETPVD) du Gérontopôle de Toulouse). Il est alors nécessaire de consacrer du temps pour que chacun puisse se repositionner dans le projet de territoire. De manière générale, les territoires bien pourvus en offre de coordination auront besoin de consacrer du temps à ces réajustements, à moins que cela n'ait déjà été fait auparavant (comme cela a pu être fait sur certains territoires MAIA)⁶.

À l'inverse, un territoire qui connaît une dynamique initiale plus limitée comme le territoire du Sud de l'Indre-et-Loire (Amboise Loches Bléré), permet peu d'appuis. Le manque d'acteurs de soins primaires et/ou de structures de coordination comme de CLIC ou de réseau va induire le besoin de prendre du temps pour concevoir et construire « les briques de base » d'une réponse graduée qui pourront apporter des réponses aux besoins des personnes âgées avant même de savoir comment les coordonner entre eux.

Par ailleurs de nouveaux programmes qui se déroulent en parallèle du programme Paerpa, comme c'est le cas pour le programme « Territoire de soins numériques » en Aquitaine, peuvent permettre de développer des synergies positives comme cela a pu être le cas pour le programme Paerpa de Bordeaux, qui a pu bénéficier des développements de nouveaux outils informatiques tel que la Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication (PAACO) qui avait été développée initialement pour le département des Landes. Cependant, l'inscription de ce genre de programme peut également différer le développement d'un outil local performant. Il est alors demandé aux acteurs locaux de patienter, au détriment d'un déploiement rapide comme en Bourgogne nivernaise ou en Basse Corrèze.

⁶ Voir le cas du département des Deux-Sèvres et de ses deux MAIA, qui a été choisi comme un des territoires pour l'extension de PAERPA.

1.2.2. Saisir l'occasion de mobiliser et d'impliquer de nouveaux acteurs

Si Paerpa bénéficie de dynamiques déjà engagées et se déploie plus favorablement lorsqu'un noyau d'acteurs est déjà impliqué dans le traitement de certaines problématiques, cela ne saurait suffire à répondre aux attentes d'un tel programme. En effet, deux objectifs importants peuvent être ici rappelés :

- décroiser les secteurs sanitaire, médico-social et social et décroiser les pratiques de ville et hospitalières ;
- engager les professionnels de santé libéraux, et tout particulièrement les médecins généralistes, dans une évolution de leurs pratiques allant vers une articulation avec d'autres professionnels de leurs actions.

Il nous semble utile de rappeler en préambule ces éléments, ceci afin d'avoir en tête l'ampleur des évolutions attendues.

Ainsi, l'implication de nouveaux acteurs, nécessaire pour inventer ou transformer certaines pratiques durablement ne peut se faire sans une implication du management de projet et dans un second temps de la CTA. Là encore, afin d'éviter que Paerpa renforce uniquement des actions déjà partiellement engagées, **l'élargissement à de nouvelles populations ne peut se faire dans des délais très resserrés** : la construction de la confiance passe par des échanges bilatéraux et des réunions au cours desquelles s'esquissent de premiers schémas d'action. Vient ensuite un temps de mise à l'épreuve au cours duquel s'éprouvent les attentes réciproques. Alors que les acteurs sont sous pression budgétaire et/ou de disponibilité, cette séquence et son suivi apparaissent indispensables à la construction de relations de confiance qui ne peuvent s'établir que dans le temps.

De ce point de vue, les temps de latence observés sur certains territoires entre l'élaboration de la feuille de route et l'opérationnalisation de certaines actions peuvent compliquer cette dernière. Comme cela a été observé en Basse Corrèze, les professionnels de terrain se mobilisent sur des horizons relativement courts, et un an entre le moment de l'élaboration « théorique » et l'activation des personnes pour la mise en œuvre fait courir le risque d'une certaine démobilité, ou à tout le moins exige des efforts de remobilisation par la chefferie de projet.

En Lorraine, l'hébergement temporaire d'urgence en sortie d'hospitalisation a commencé à être expérimenté dès octobre 2014. Outre l'appui sur les liens préexistants entre l'hôpital et le réseau gérontologique, la mobilisation rapide de 40 % des EHPAD du territoire a été réussie. L'ensemble pouvait participer et il a été convenu d'avancer avec ceux en faisant la démarche proactive au sortir de la première réunion. Mais cette pro-activité était gagée en retour par un pilotage rapproché et une volonté affichée de lancer l'expérimentation rapidement et appuyée sur un modèle économique. Le dispositif a nécessité des ajustements par la suite mais ce lancement rapide a permis de les faire largement dans le temps de l'expérimentation pour en voir des effets. Là encore, une condition nécessaire a été le dimensionnement de l'équipe projet et le soutien visible apporté par la direction générale de l'ARS au programme.

Nous revenons spécifiquement sur les moyens de mobilisation et l'engagement des professionnels de santé dans la partie 3.

1.3. La nécessité de construire une gouvernance locale permettant de porter le projet territorial en cohérence avec les autres programmes d'action

1.3.1. Une variété de configuration d'instances adaptées aux contextes locaux

Le cahier des charges des projets Paerpa propose la mise en œuvre de **deux niveaux d'instances de gouvernance**, l'un au niveau stratégique et l'autre au niveau tactique en reprenant la terminologie du cahier des charges MAIA, avec les notions de table stratégique et table tactique.

Pour la table stratégique, il est indiqué qu'elle est placée sous la responsabilité de l'ARS « *qui assure l'organisation et la présidence de la table stratégique en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie et le Conseil général* » (cahier des charges Paerpa p.13). Il s'agit d'une différence avec la méthode MAIA où la table stratégique est coprésidée par le Directeur général de l'ARS et par le président du Conseil départemental. Dans les faits, certains territoires ont cherché à co-piloter MAIA et Paerpa comme en Mayenne ou en Bourgogne nivernaise.

Concernant la table tactique, comme la table de concertation tactique des MAIA, elle doit réunir l'ensemble des représentants des différents secteurs sanitaire, social et médico-social. Il est indiqué que son organisation est confiée à l'acteur responsable de la CTA. Elle a pour mission « *d'identifier les besoins de santé, d'offre de soins et de services dans le cadre d'une responsabilité populationnelle, de définir des indicateurs de suivi, ainsi que les axes de formation nécessaires sur le territoire* » (cahier des charges Paerpa). De fait, comme le souligne le rapport de l'ANAP⁷, dans certains cas, c'est l'ARS par le biais de son équipe projet qui va organiser cette table tactique. Celle-ci sera mise en place dès la phase de diagnostic pour pouvoir contribuer à celui-ci et le valider, et s'appuiera le plus souvent sur des groupes de travail de taille plus raisonnable pour un travail plus opérationnel.

De fait on observe une diversité de dénomination et de configuration pour les différents territoires Paerpa.

Pour l'instance stratégique on peut citer les appellations suivantes, pour certaines issues d'instances pré-existantes :

- Comité stratégique pour Nancy, Amboise Loches Bléré ou comité stratégique restreint pour la Mayenne
- Comité d'orientation Paerpa pour Paris
- Comité d'orientation stratégique (COS) de la Maison de l'autonomie en Basse Corrèze
- Comité de pilotage en Hautes-Pyrénées, à Bordeaux, en Basse Corrèze ou dans le Valenciennois quercitain
- Table stratégique en Bourgogne nivernaise

Pour l'instance tactique/opérationnelle, on trouve les appellations :

- Comité opérationnel pour Nancy
- Comité d'intégration des acteurs et des projets (CIAP) en Mayenne
- Comité opérationnel et d'intégration (COI) en Hautes-Pyrénées
- Comité de pilotage du parcours Paerpa à Paris
- Comité tactique et bureau tactique pour Amboise Loches Bléré
- Comité technique opérationnel à Bordeaux
- Comité technique territorial devenu ensuite comité de suivi Paerpa après fusion avec comité du GCS dans le Valenciennois quercitain
- Table tactique en Bourgogne
- Comité d'orientation stratégique de la maison de l'autonomie, préexistant sur le territoire de Brive et co-présidé par le Conseil départemental et l'ARS

On peut ainsi constater qu'il y a à peu près autant d'appellations que de territoires et que le terme comité de pilotage est utilisé aussi bien pour le niveau stratégique que pour le niveau tactique. Pour le bon déploiement local, l'important nous semble résider dans la compréhension des acteurs impliqués et la limitation d'instances différenciées mais regroupant les mêmes parties prenantes autour d'enjeux connexes. C'est apparu comme une demande récurrente alors que les initiatives expérimentales se multiplient mais que leur coordination d'ensemble est à ce stade inexistante.

Par ailleurs, on peut relever que des **instances supplémentaires** ont été créées avec diverses finalités :

- soit pour **mieux préparer les instances** avec, par exemple, la cellule opérationnelle de la Mayenne réunissant un représentant de la direction autonomie du Conseil départemental, le pilote MAIA, le chef de projet Paerpa, un représentant de la direction de l'offre service de l'ARS ;

⁷ ANAP, « Organiser la gouvernance d'un projet Parcours. Retour d'expériences des territoires PAERPA », mai 2016.

- soit dans une **démarche de démocratie en santé**, comme le comité consultatif à Nancy qui réunit plus largement des usagers et des fédérations, ou l'assemblée territoriale dans le Nord ;
- ou pour avoir un **pilotage projet plus serré** quand l'instance tactique ne le permet pas suffisamment, comme avec le comité de suivi du prototype Paerpa réunissant les principaux types d'acteurs du territoire (Mayenne), ou le comité financeurs pour le suivi budgétaire (Paris).

En définitive, on peut mettre en exergue divers enjeux concernant ces instances.

En premier lieu, la **territorialité** peut faire question. Par exemple, en Mayenne, il existait des comités sur des territoires de proximité. Le développement des nouvelles instances CIAP, à un niveau infra-départemental (mais néanmoins plus large que les comités de territoires de proximité existants), a donc dû se confronter au problème de la multiplication des sollicitations pour les acteurs et de risques de fragilisation des dynamiques d'acteurs engagées. À une autre échelle, en Corrèze, dans une visée d'extension à la région, l'instance stratégique, appelée comité de pilotage, réunit 35 personnes et inclut les présidents d'autres conseils départementaux de l'ex-région Limousin ainsi que des directeurs de Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) de ces départements. Mais ce comité affaiblit indirectement le conseil d'orientation stratégique (COS) de la maison de l'autonomie.

La **présidence** peut être aussi un sujet délicat. Il est prévu dans le cahier des charges qu'elle soit confiée à l'ARS pour l'instance stratégique. Or dans les départements qui ont construit des relations constructives entre ARS et conseil départemental, notamment dans le cadre de la méthode MAIA, cela pourrait être considéré comme un retour en arrière. Ainsi plusieurs territoires Paerpa (ex : Basse Corrèze, Sud Indre-et-Loire, le Valenciennois quercitain) ont fait le choix d'avoir une coprésidence ARS et Conseil départemental, même si la contribution financière du département reste souvent modique.

La **participation des acteurs des soins primaires** aux instances est très variable d'un territoire à l'autre. Autant elle est forte (ou a pu l'être) dans les instances de Nancy, de la Mayenne, à Amboise Loches Bléré, à Bordeaux, autant il a été plus difficile de les associer dans le Valenciennois quercitain, à Paris, en Basse Corrèze (sur le bassin de Brive) ou dans les Hautes-Pyrénées. On verra plus loin quelles stratégies ont pu être développées par les équipes projet pour essayer de les associer davantage, au niveau des instances mais aussi sur le terrain.

La **taille des instances** peut parfois être problématique quand elles réunissent plus de 30 personnes. Par exemple, une solution trouvée sur le territoire du Sud Indre-et-Loire est de créer une instance tactique à taille restreinte avec une quinzaine de membres et dénommée bureau tactique. L'existence de groupes de travail émanant de l'instance tactique est apparue s'imposer sur tous les territoires. C'est le point que nous allons détailler ci-après.

Enfin nous aborderons aussi plus loin le **recouvrement possible de ces instances avec celles d'autres dispositifs et des questions d'articulation** que cela peut soulever.

1.3.2. Les groupes de travail : un complément indispensable pour opérationnaliser les instances

Que ce soit pour la phase de diagnostic ou de conception ou celle de la mise en œuvre, tous les territoires se sont appuyés sur un fonctionnement en groupe de travail. Malgré une hétérogénéité relative selon les territoires et les thèmes, l'analyse des feuilles d'émargement, des comptes rendus et de la traduction dans des fiches actions de remontées des groupes de travail montrent que ce type de mobilisation, sur un temps ciblé, est pertinent. Prévus par le pilotage national, les thèmes des groupes de travail ont été élaborés sur la base du diagnostic territorial (ou du moins de ses premiers résultats), du cahier des charges PAERPA avec une modulation selon les configurations locales.

Le nombre de groupes de travail a varié de 3 à 5. Les thématiques les plus courantes sont sans surprise : les systèmes d'information, la CTA, PPS et CCP, amont et aval d'hospitalisation, le repérage de la fragilité. Chaque territoire adapte l'énoncé à sa démarche de construction et de mobilisation : par exemple à Paris, un groupe de travail est intitulé « Optimiser le parcours de la personne âgée au domicile ».

Dans la grande majorité des cas, les groupes de travail ne se sont réunis qu'une seule fois. Ceci est imputable au calendrier à respecter pour la production des feuilles de route.

La mobilisation dans ces groupes de travail est jugée satisfaisante, allant d'une douzaine à une trentaine de participants. Cependant, dans l'ensemble, le monde hospitalier a été difficile à mobiliser, ce qui a pu peser sur l'instruction des difficultés (modalités de sortie, recours aux urgences...) et l'élaboration d'actions l'impliquant.

Car ce type de dispositif permet de mobiliser les acteurs, de leur offrir un espace d'échanges, et même avant cela, parfois, de découverte respective. Par exemple, organiser un groupe de travail sur les sorties d'hospitalisation convie des acteurs hospitaliers, d'EHPAD ou encore des services à domicile qui le plus souvent ne connaissent pas leurs compétences et leurs modes opératoires respectifs. Le temps de conception passe donc par un premier temps de découverte et idéalement de création d'un premier niveau de confiance qui est un atout précieux pour concrétiser les actions élaborées.

Ce type de dispositif nécessite cependant des temps de préparation, des ressources d'animation et de formalisation de comptes rendus pour lesquels les cabinets de conseil mandatés par l'ANAP ont, hormis à Paris, contribué de manière visible en appui aux chefs de projet.

1.3.3. Un ensemble d'instances qui mettent du temps à se mettre en place et à s'ajuster

Créer ou reconfigurer une convergence entre le Conseil départemental et l'ARS sur la gouvernance du projet Paerpa a été un sujet sur plusieurs territoires (Mayenne, Grand Nancy, Hautes-Pyrénées).

Sur le **Grand Nancy**, le choix du territoire Meurthe-et-mosellan le plus riche et le mieux doté pour l'expérimentation a fait l'objet de discussions avec les équipes techniques du Conseil départemental. Ce dernier est en effet déjà engagé dans le portage d'une MAIA initiée lors de la vague d'expérimentation de 2009 et 2010, mais qui semble difficile à déployer au niveau de l'animation territoriale. Au final, le Conseil départemental accepte de s'engager dans le projet pilote Paerpa, après une longue négociation dans laquelle s'impliquent l'ANAP et l'ARS. Cette négociation aboutit positivement, en donnant une place légitime au service PA-PH du département *via* le CLIC de Nancy, qui deviendra un des deux piliers de la CTA au côté du réseau gérontologique Gérard Cuny.

En **Mayenne**, des divergences sont apparues entre Conseil départemental et ARS au sujet des modalités d'association du Conseil départemental à la gouvernance de Paerpa. Elles se sont doublées de divergences sur les modalités de portage de la MAIA par le Conseil départemental (qui se seraient peut être posées en dehors de Paerpa, mais qui ont renforcé les divergences entre les deux acteurs institutionnels). Ces sujets ont été travaillés et, d'après les acteurs, résolus, à travers la conclusion d'un accord de méthode.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, c'est la multiplicité des dispositifs et de leurs instances, portées par le Conseil départemental seul (schéma départemental, conférence des financeurs), par le Conseil départemental et par l'ARS (MAIA) ou par l'ARS seule (Paerpa, ETPVD) qui a pu poser problème. En plus d'abaisser la fréquentation des instances du fait de la trop grande sollicitation que cela représente, la légitimité des unes et des autres s'en est trouvée affaiblie. Pendant deux ans et à plusieurs reprises, le Conseil départemental a fait des propositions afin de simplifier le dispositif d'instances, au moins entre MAIA et Paerpa, mais sans trouver de terrain d'entente avec l'ARS, qui semble avoir voulu conserver la maîtrise pour les instances de Paerpa.

Par ailleurs, il est aussi apparu sur certains territoires que des relations bien établies pouvaient être fragilisées, au moins momentanément :

- par le départ de professionnels ou des réorganisations du Conseil départemental comme en Basse Corrèze ;
- par des changements suite à des élections comme cela a pu se passer en 2015 dans le département d'Indre et Loire.

En miroir, les turnovers au sein des ARS ou les réorganisations dues notamment à la réforme territoriale ont pu aussi ralentir les négociations entre l'ARS et le Conseil départemental comme en Midi-Pyrénées.

En revanche, dans les territoires où les acteurs ont déjà établi des relations autour de projets concrets (comme en Gironde où le département et l'ARS ont adopté les mêmes découpages territoriaux avec 9 territoires de solidarité et où des échanges sont installés pour des appels à projet ; ou dans le Nord-Pas-de-Calais où l'ARS et

les Conseils départementaux ont conclu dès 2013 un protocole d'accord plus large sur le sanitaire et le médico-social), il a été plus facile de converger sur le choix du portage de la CTA et le contour des instances.

1.3.4. Un temps de reconfiguration des partenariats locaux

Même lorsque les partenaires du territoire sont déjà mobilisés sur la question des parcours et du maintien à domicile des personnes âgées, **le fait de lancer le programme Paerpa a entraîné sur certains des territoires un besoin de reconfiguration des relations qui préexistaient entre les partenaires.**

À Paris, avant Paerpa, un contrat de territoire conclu en 2013 positionnait comme acteur central un comité de coordination regroupant la filière gériatrique, le réseau de santé et le CLIC. Avec Paerpa, le caractère central de l'hôpital dans la coordination est moins pertinent et la gouvernance doit s'ouvrir davantage aux acteurs sociaux et médico-sociaux. Un déplacement du centre de gravité a donc lieu entre 2013 et 2014 : en cohérence avec le cahier des charges national, l'ARS reprend l'animation du projet local, un comité de pilotage ouvert à l'ensemble des acteurs est mis en place et le travail de coordination des acteurs du territoire passe à la CTA.

Ainsi, alors que la préexistence d'un programme sur un sujet proche de Paerpa peut paraître *a priori* facilitatrice, nous observons sur le cas parisien qu'il a aussi entraîné le besoin de passer du temps, au début de Paerpa, à recomposer l'existant en terme de partenariat et de gouvernance pour l'adapter aux besoins du nouveau programme.

De même, dans les Hautes-Pyrénées, l'existence de dynamiques de structuration et d'initiatives antérieures (CLIC, Réseaux, filière, ETPVD, MAIA) constitue certes un atout pour le développement de Paerpa mais a nécessité du temps et, encore aujourd'hui, du travail conceptuel, organisationnel et institutionnel afin de permettre à chacun de se repositionner dans la dynamique globale du parcours des personnes âgées.

Sur les deux territoires, le temps passé à reconfigurer les relations entre acteurs institutionnels ou partenaires nécessaires du programme ne peut être considéré comme perdu : il était à chaque fois **nécessaire pour permettre la mise en route du nouveau programme dans de bonnes conditions et aurait généré des blocages ultérieurs majeurs s'il n'avait pas été pris.**

1.4. Paerpa et MAIA : une articulation à travailler

En ce qui concerne la démarche projet et la gouvernance, l'évaluation fait enfin apparaître la nécessité de travailler spécifiquement à l'articulation des programmes Paerpa et MAIA, à la fois localement et au niveau national. Il s'agit d'éviter que les porteurs se retrouvent en compétition pour l'attention des partenaires comme cela a pu être le cas dans certains territoires, ou que les actions spécifiques aux différents programmes (l'activité d'animation territoriale MAIA ou la dimension de prévention de Paerpa) ne soient pas pleinement développées et laissées de côté dans les cas où, au contraire, les deux programmes font l'objet d'un développement conjoint.

Ils ne ciblent certes pas les mêmes personnes théoriquement : la méthode MAIA concerne les personnes âgées en perte d'autonomie de plus de 60 ans et le programme Paerpa les personnes âgées en risque de perte d'autonomie de plus de 75 ans. Dans les faits, cependant, les actions qui ont été développées dans le cadre de Paerpa concernent généralement des personnes ayant des problèmes de santé importants et avec le plus souvent une perte d'autonomie (au moins pour les PPS).

On peut constater que ces approches ont des apports respectifs complémentaires : pour la méthode MAIA, une approche populationnelle plus développée, une meilleure formation des professionnels portant les approches parcours ; à l'inverse le programme Paerpa semble plus solide sur les volets de la gouvernance et de la conduite de projet quand il y a une forte implication de l'ARS, sur le déploiement de systèmes d'information et bénéficie grâce à ses financements plus importants d'une offre de service interstitielle complémentaire incitative pour les professionnels de soins primaires. Cependant, on peut constater un risque de redondance au niveau de la gouvernance et du diagnostic territorial s'ils ne sont pas articulés, voire fusionnés. Par ailleurs dans les deux cas, il conviendrait de renforcer la place des usagers dans les décisions collectives et la formation au travail en équipe.

Aujourd'hui, l'articulation entre les deux programmes ne repose que sur des acteurs locaux. Elle n'est pas suffisamment pensée en amont ce qui engendre des risques de chevauchements, des redondances et un travail insuffisant sur les complémentarités. Elle gagnerait à être travaillée au niveau national, sachant que la cohabitation des deux programmes est apparue tout à fait pertinente si elle est bien travaillée.

PRINCIPAUX APPORTS DE L'ÉVALUATION SUR LA DÉMARCHE PROJET ET LA GOUVERNANCE

Conduite de projet

Plusieurs éléments apparaissent décisifs dans la réussite de la conduite de projet : le travail de diagnostic territorial partagé pour fonder les actions à entreprendre ; le travail d'articulation avec d'autres programmes d'action publique en cours de déploiement sur le territoire (ex : Paerpa et Territoires de soins numériques, Paerpa et MAIA) ; le rythme et l'articulation des différentes étapes du projet (diagnostic, élaboration de la feuille de route dans des groupes de travail, mise en œuvre des différentes actions) ; la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs (au minimum plusieurs dizaines) par le biais de rencontres et de réunions dans des modalités adaptées aux différents publics ; les ressources extérieures (ex : appui de consultants) pour la réalisation ou la finalisation du diagnostic et la conduite des groupes de travail ayant conduit à la feuille de route permettant de réaliser ce travail dans les délais impartis et de garder le momentum. L'évaluation met aussi en évidence la grande diversité des contextes territoriaux qui, selon le potentiel d'acteurs de la coordination présents et l'offre de service disponible, conditionnent un développement plus ou moins rapide du programme Paerpa.

Équipes projet

L'étude révèle la faible maturité des équipes des ARS en conduite de projet et le manque d'ancrage dans la politique de l'ARS et de lien avec les autres équipes pour certains territoires. Les équipes-projet connaissent un turnover important quand les conditions d'exercice ne sont pas optimales, ce qui induit un fort retard du programme. On relève également un manque de priorisation des actions, qui sont particulièrement nombreuses et doivent être conduites en parallèle.

Gouvernance locale

Les instances de gouvernance qui ont été créées dans le cadre de Paerpa sont adaptées aux réalités des territoires (notamment sur les périmètres des territoires couverts), avec des appellations très variées. La mise en place demande un temps incompressible, de même que l'établissement du conventionnement entre l'ARS et le conseil départemental. La présidence de l'instance stratégique est assurée par l'ARS seule (cf. cahier des charges) ou partagée avec le conseil départemental (cf. méthode MAIA). La participation des acteurs des soins primaires très variable selon les territoires, notamment selon le degré d'implication des URPS.

Les instances tactique et stratégique ont parfois été complétées par des instances supplémentaires permettant de mieux préparer les décisions au sein des premières instances, de favoriser la démocratie en santé ou d'assurer un pilotage projet plus serré. Le fonctionnement en groupe de travail se révèle décisif pour impliquer les acteurs de terrain dans la co-construction des actions et dans leur mise en œuvre.

Points de recommandations pour la suite

Asseoir les bases du programme par un conventionnement stratégique entre l'ARS et le département.

Articuler les instances de gouvernance Paerpa avec celles existantes en essayant de converger vers des instances partagées voire uniques, et impliquer plus largement des représentants des usagers.

Élaborer un diagnostic territorial à partir des diagnostics existants (ex diagnostic MAIA, schéma départemental, etc.) et de données complémentaires (notamment sur les soins primaires) afin d'en ressortir les caractéristiques spécifiques au regard d'autres territoires et l'utiliser pour co-construire une feuille de route priorisée.

Recenser les dynamiques de coordination et de coopération préexistantes et consacrer le temps nécessaire au repositionnement de ces différentes dynamiques dans un projet territorial global *via* des temps de rencontre et de positionnement des apports respectifs. Un travail autour des concepts et du vocabulaire peut parfois être nécessaire.

Ne pas sous-estimer le temps et les moyens à consacrer pour la mobilisation des différents types d'acteurs par des rencontres adaptées à leur agenda (échanges bilatéraux, rencontres sur les micro-territoires, visites par des professionnels dédiés à la communication, ...).

Dimensionner correctement la taille de l'équipe projet en nombre (avec des professionnels dédiés), en compétences (pluri-professionnelles), à la fois en proximité et en accès aux équipes du siège de l'ARS ainsi qu'aux décideurs de l'ARS, en fonction des besoins du programme dans ses différentes temporalités.

Repenser l'organisation des ARS pour le pilotage de programmes parcours en transversal et avec un portage stratégique au sein de l'ARS, clarifier les rôles respectifs du siège et de la délégation territoriale favorisant ainsi leur bonne articulation.

Inclure dans l'équipe projet des professionnels ayant une bonne connaissance du territoire et une capacité à être reconnus par l'ensemble des professionnels du territoire.

Prévenir le turnover des équipes projet par un cadrage de leur mission et en leur apportant des soutiens nécessaires de la direction générale et des différentes équipes de l'ARS, et garantissant ainsi leur légitimité.

Prévoir un pilotage rapproché dans la phase de mise en œuvre.

Adapter la temporalité du déploiement aux réalités de chaque territoire en respectant l'échelonnement entre les différentes étapes (diagnostic, élaboration de la feuille de route priorisée avec les groupes de travail, mise en œuvre des actions).

Prioriser et synchroniser les actions entre elles (ex formation et systèmes d'information).

Mettre en œuvre des groupes de travail autour des actions prioritaires (élaboration et suivi de mise en œuvre) en associant les professionnels directement concernés.

Favoriser la capitalisation entre les différents territoires aux différents niveaux du pilotage (chef de projet, responsable de la CTA, responsable d'actions spécifiques, ...).

Travailler l'articulation de différents programmes d'action publique ayant des objets connexes, existants ou démarrants, en clarifiant leurs rôles respectifs dans les meilleurs délais (ex : TSN, MAIA, Conférence des financeurs, PTA, ...).

■ 2. LA CONSTITUTION D'ÉCOSYSTÈMES LOCAUX « CTA-PPS-CCP »

L'évaluation qualitative comprend l'étude du développement et du fonctionnement de chaque CTA sur chacun des 9 territoires. Elle comprend l'étude du déploiement du PPS territoire par territoire. Cette enquête détaillée par territoire a permis à l'équipe de recherche d'observer dans le détail une variété de déploiements, à la fois sur la CTA, sur le PPS (Plan Personnalisé de Santé) et, en conséquence, sur les CCP (Coordinations Cliniques de Proximité ou plus largement sur les relations avec et entre les professionnels autour de la prise en charge des personnes âgées). Ces observations ont complété et enrichi le travail réalisé par l'ANAP sur les CTA. C'est sur la base de la synthèse de ces observations menées à un niveau micro sur chaque territoire que l'équipe de recherche développe une analyse du déploiement de Paerpa en termes **d'écosystèmes locaux CTA-PPS-CCP**. Cette analyse est restituée ci-après, d'abord par l'explication de la variété des CTA et PPS puis par la caractérisation de leur constitution en écosystèmes locaux (2.1). Cette notion d'écosystèmes locaux est ensuite approfondie à travers la mise en lumière des intérêts, des points de vigilance et des questions qu'elle entraîne pour la suite du programme Paerpa (2.2). Les principaux apports de l'étude ainsi que les points de recommandations sur lesquels elle aboutit sont résumés à la fin de cette partie.

2.1. De l'observation d'une variété de développements à l'analyse de la constitution d'écosystèmes

2.1.1. Contraste des dimensionnements et variété des organisations des CTA

Une première observation de l'étude est qu'il existe un **contraste fort dans les dimensionnements des CTA** d'un territoire à l'autre.

Ainsi, à Bordeaux, la CTA correspond à une Plateforme Autonomie Senior, qui regroupe CLIC, MAIA et CTA, incluant ainsi 24 personnes, dont 7 qui ont été recrutées dans le cadre de la CTA. À l'opposé, en Bourgogne nivernaise et en Basse Corrèze, la CTA comprend 1 à 1,5 ETP.

Ensuite, il existe une variété de modes d'organisation des CTA, certaines présentant des versions centralisées, tandis que d'autres présentent des versions décentralisées.

■ CTA centralisées (7 territoires sur 9) :

Dans les deux cas suivants, une intégration de services de coordination est recherchée, c'est-à-dire une convergence et une articulation marquée et formalisée d'actions de différentes entités, préexistantes ou créées à cette occasion.

- Par intégration de services de coordination, co-localisation géographique et fusion juridique (3 territoires)

Dans certains cas, une fusion juridique et un rapprochement géographique sont réalisés, soit à travers le développement d'une nouvelle structure, soit en ajoutant la CTA à une structure existante. Ainsi, à Paris, une nouvelle structure juridique est constituée, comprenant la CTA : la Maison des aînés et des aidants (M2A). Elle est créée à partir du CLIC existant, en ajoutant la CTA, puis la MAIA (qui n'était pas encore développée sur le territoire. Dans le Valenciennois quercitain, un Dispositif d'Appui Territorial (DAT) est créé, en tant qu'organe de coordination et regroupe plusieurs activités développées dans le cadre des missions de la CTA. De même, à Bordeaux, la CTA

fait partie d'une structure juridique unique : la CTA rejoint le CLIC et la pilote MAIA qui étaient déjà regroupés au sein d'une « Plateforme Autonomie Senior » au sein du CCAS.

- Par intégration de services de coordination, co-localisation géographique et portage commun de ces services (3 territoires)

Dans certains cas, il n'y a pas de fusion juridique des structures, mais l'intégration est réalisée à travers une co-localisation géographique de structures et un portage de ces structures réalisé en commun par une ou plusieurs structures. C'est le cas à Grand Nancy où la CTA est co-portée par le conseil départemental et par le réseau gériatrique Gérard Cuny déjà très présent sur le territoire. Au-delà d'une simple co-localisation, une synergie est recherchée entre les structures, (et par là, une intégration) à travers des réunions en commun par exemple. En Basse Corrèze, l'équipe mobile gériatrique, la CTA et la pilote de la MAIA sont réunies dans les mêmes locaux du Centre hospitalier de Brive. Enfin, le Sud Indre et Loire présente également un cas d'intégration par co-localisation et portage commun : la CTA et la MAIA sont portées par la même structure (ADMR), et une même personne est pilote de la CTA et de la MAIA⁸.

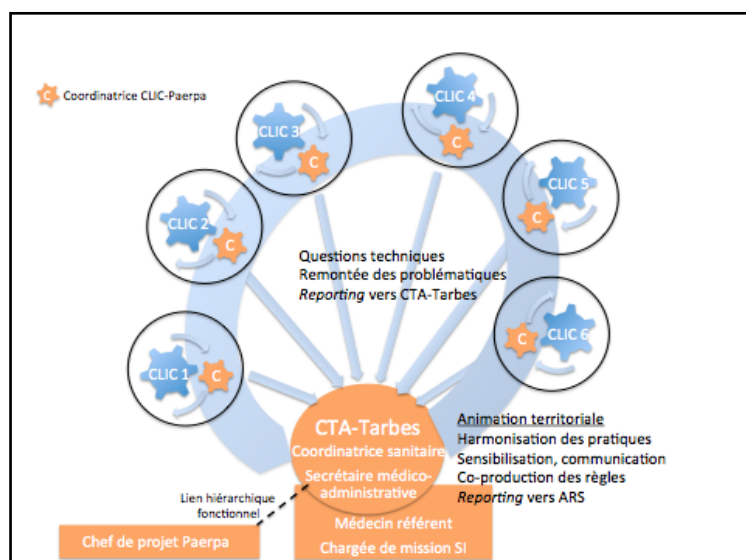
- Par extension d'une structure existante (1 territoire)

Enfin, dans un cas, en Bourgogne nivernaise, la CTA est constituée dans le cadre d'une extension d'une structure existante, un groupement interprofessionnel de santé et ancien réseau de santé pluri-thématique. À côté de la périnatalité et de l'addictologie, le positionnement de la CTA dans le groupement a renforcé le volet gériatrique. Il est à noter toutefois que dans le cadre de l'extension de Paerpa à l'ensemble de la Nièvre, le portage de la CTA est déplacé au Réseau départemental Emeraude de soins palliatifs, le groupement interprofessionnel en devenant une antenne territoriale.

■ CTA décentralisées (2 territoires sur 9) :

Dans deux cas (Hautes-Pyrénées et Mayenne), un autre choix d'organisation a été fait, qui privilégie une approche décentralisée de la CTA. Des formes d'organisation différentes ont été choisies dans ces deux cas, mais le point commun est que la CTA comprend alors un centre et des satellites, le rôle des satellites étant essentiel.

Ainsi, en Hautes-Pyrénées, la CTA est constituée d'une cellule médico-administrative située à Tarbes (deux personnes) et de satellites, constitués de 6 coordinatrices de parcours qui sont réparties dans les six CLIC du territoire. Le Schéma ci-dessous représente cette organisation interne originale à deux composantes, sachant que les deux agents de la cellule sont épaulés par une partie de l'équipe-projet.



⁸ Les équipes de la CTA Sud Indre-et-Loire n'étaient que partiellement co-localisées lors de notre visite (septembre 2016), mais une co-localisation complète était en cours de réalisation.

Dans le cas de la Mayenne, la Maison de l'Autonomie du conseil départemental assure une partie des fonctions de la CTA de manière centralisée, tandis qu'une autre partie des fonctions (pour l'appui au PPS) est assurée directement par 5 MSP⁹ réparties sur le territoire. Cette forme décentralisée répond à une volonté de "proximité et d'équité" sur le territoire. Dans les cas observés, elle découle (et dépend) de l'existence de satellites déjà en bon fonctionnement, capables d'absorber ces fonctions de CTA.

Dans ces cas, les choix qui ont été faits pour l'organisation des CTA sont marqués par la préexistence (ou au contraire l'absence) de structures de coordination, et s'imbriquent à partir de cet état antérieur, constituant des formes différenciées de compréhension et d'organisation de la notion de CTA.

Les caractérisations réalisées ci-dessus sont résumées dans le tableau ci-après.

CTA centralisée			CTA décentralisée
Intégration de services de coordination			
Co-localisation et fusion juridique	Co-localisation et/ou portage commun	Extension de structure existante	
Bordeaux Valenciennois-Quercitain Paris	Grand Nancy Basse Corrèze Sud Indre-et-Loire	Nord Nièvre	Mayenne Hautes-Pyrénées

2.1.2. Variété des appuis proposés par la CTA et des usages du PPS

En plus de cette variété des formes d'organisation des CTA, il existe une variété d'appuis proposés par ces structures aux professionnels sur le PPS et une variété des usages du PPS par ces mêmes professionnels.

■ Variété des appuis proposés par la CTA aux professionnels sur le PPS

Certaines CTA proposent un **appui et un accompagnement forts des professionnels** autour de la réalisation des PPS. Ainsi, sur les formes de CTA centralisées, dans le Valenciennois quercitain ou sur le Grand Nancy, la CTA contacte généralement les professionnels pour initier un PPS, contacte les différents membres de la CCP et assure le lien entre eux. Mais on observe aussi ce type d'appui et d'accompagnement forts sur une des deux formes de CTA décentralisée. Ainsi dans les Hautes-Pyrénées, les coordinatrices Paerpa, basées dans les CLIC (et qui constituent la partie décentralisée de la CTA) repèrent les personnes âgées auxquelles un PPS pourrait être proposé, contactent les professionnels de santé, éventuellement organisent et animent la réunion de la CCP et assurent le suivi des PPS.

D'autres CTA proposent une forme **d'appui intermédiaire**, dans laquelle la CTA intervient en appui des professionnels de santé pour les aider à réaliser les PPS, mais où le principe reste néanmoins l'autonomie des professionnels de santé. Ce type d'appui a été observé en Sud Indre-et-Loire et à Bordeaux. Il se traduit par des personnels CTA qui prennent de plus en plus l'initiative de proposer des PPS et d'aider les professionnels à les réaliser. Néanmoins, la CTA n'est pas organisée initialement pour proposer cet appui de manière systématique et la question de la montée en charge se pose avec acuité. La question se pose également de savoir s'il s'agit d'un appui pour un temps d'apprentissage ou d'une approche qui devient permanente (même si elle n'était pas prévue initialement). Ce point était sujet à question et à évolution au moment de nos entretiens : nous revenons sur cette question de l'évolution des pratiques d'appui en 2.2.2.

Enfin, pour d'autres CTA, le principe de fonctionnement est **l'autonomie des professionnels sur la réalisation des PPS** et, si un appui ponctuel peut être fourni dans cette réalisation, le PPS est avant tout l'affaire de profes-

⁹ Maison de santé pluriprofessionnelle.

sionnels de santé entre eux, en tant que CCP autonome. C'est le cas (au moment de nos enquêtes) sur un territoire de CTA décentralisée (Mayenne) et sur un territoire de CTA centralisée (Paris).

Il apparaît donc clairement que le choix de centralisation/décentralisation organisationnelle de la CTA et les formes d'appui proposées au PPS ne sont pas corrélés. Ce constat est résumé dans le tableau ci-après.

	CTA centralisée			CTA décentralisée
	Intégration de services de coordination			
	Extension de structure existante	Co-localisation et/ou portage commun	Co-localisation et fusion juridique	
Fort appui au PPS		Grand Nancy Sud Corrèze	Valenciennes	
Appui intermédiaire	Nord Nièvre	Sud Indre-et-Loire	Bordeaux	Hautes-Pyrénées
Autonomie des professionnels			Paris	Mayenne

■ Variété des usages du PPS et des formes de CCP¹⁰

Tout d'abord, il faut relever que le document support du PPS a fait l'objet d'adaptations locales dans quasiment tous les territoires, certains étant développés en format papier, d'autres en format informatisé mais non partageable, et d'autres sur systèmes d'information dans un format informatisé et partageable. Les temps de développement de ces formats ont été variables et expliquent que les usages effectifs du PPS sur les territoires aient été très différents d'un territoire à un autre à date de nos études empiriques courant 2016.

En termes d'usage du document PPS, trois grands types peuvent être relevés. Il est ici important de signaler qu'il s'agit ici de **grandes catégories, destinées à expliciter les contrastes existants**, mais que, bien entendu, des situations intermédiaires existent.

Un premier grand type d'usage du PPS est la **réalisation directe entre professionnels de santé** qui se coordonnent eux-mêmes. Ce cas est notamment caractéristique des pratiques développées en Mayenne pour les professionnels des MSP et en exercice individuel, mais également, dans certains cas, à Paris. Le PPS est alors fortement approprié par les professionnels de santé et l'accent est mis sur la coordination au sein du secteur sanitaire. Néanmoins, la coordination avec le secteur médico-social semble moins évidente (difficulté de coordination due à des rythmes de réalisation différents, interlocuteurs extérieurs à la coordination autour du PPS, etc.).

Un deuxième grand type d'usage est celui d'un PPS réalisé par des professionnels de santé (parfois par un seul, sans coordination avec d'autres) et dans lequel **le PPS sert avant tout de lien pour solliciter la CTA pour avoir accès aux offres de services** sanitaires ou médico-sociales d'un territoire. Dans ce cas, le PPS est moins un outil de coordination entre professionnels qu'un moyen d'élargissement du champ d'action du professionnel libéral.

Un troisième grand type d'usage est celui d'un **PPS réalisé par la CTA et validé par le médecin traitant**, dans lequel des professionnels de santé sont impliqués, mais ne se rencontrent pas nécessairement. La coordination ainsi que la réalisation du PPS (en grande partie) sont assurées par la CTA. Dans le cas des Hautes-Pyrénées, où un modèle décentralisé de CTA a été mis en place, une partie des PPS réalisés ont été préparés par les coordinatrices de CLIC-Paerpa qui ont repéré une personne âgée en risque de perte d'autonomie ou qui ont reçu un signalement. Elles contactent le médecin traitant et organisent une réunion de concertation au domicile de la personne, rédigent le document et le font signer.

Sur le 2^e et le 3^e type d'usage, il peut bien entendu y avoir de la coordination entre les professionnels de santé, mais l'objet du PPS est alors essentiellement la coordination qu'il permet entre les professionnels de santé d'une part et l'offre de services sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire.

¹⁰ Une limite de l'étude doit être ici rappelée : l'enquête ne permet pas d'avoir une vision systématique du contenu des PPS. En revanche, à travers les entretiens menés, elle apporte des éléments sur les usages de coordination développés sur l'outil. Ce sont ces usages qui sont ici présentés.

Ainsi, autour de l'usage du PPS, la recherche menée montre que **des formes très différentes de CCP (et même, plus largement, de relations entre professionnels de santé et avec les professionnels du médico-social ou social) se développent.**

2.1.3. Des écosystèmes locaux CTA+PPS+CCP

Nous constatons donc tout d'abord qu'il y a constitution de formes organisationnelles différentes de CTA, d'appuis différents par ces CTA aux PPS et de formes différentes de CCP (ou plus largement de relations entre et avec les professionnels de santé). En outre, ces formes sont associées de manière variée et indépendante (par exemple, une CTA centralisée n'entraîne pas du tout systématiquement un appui fort au PPS, mais, selon nos observations, existe en association avec les trois formes possibles d'appui aux PPS). Sur cette base, nous proposons donc, pour **caractériser le développement de l'expérimentation à fin 2016**, la notion de **constitution d'écosystèmes locaux** pour désigner ces associations spécifiques à chaque territoire de formes de CTA, formes d'appui au PPS et forme de CCP (ou de relation entre/avec les professionnels). Nous précisons ci-après (2.2) les intérêts, les points de vigilance et les questions pour le futur que recèle cette notion d'écosystèmes locaux.

2.2. Intérêt, points de vigilance et perspectives autour de la constitution d'écosystèmes locaux

2.2.1. Intérêt du développement d'écosystèmes locaux

Le grand intérêt du développement de ces écosystèmes locaux CTA+PPS+CCP est de proposer un développement des CTA et des PPS adapté aux historiques et aux atouts/difficultés de chaque territoire. Ainsi, par exemple, en Mayenne, la CTA décentralisée est une réponse à une situation de forte implication des professionnels constitués en MSP sur le territoire et au fait de devoir couvrir dès le lancement de Paerpa un territoire vaste (échelle départementale) et une population nombreuse (33 000 personnes âgées de 75 ans et plus, une des plus importante population Paerpa avec le Valenciennois quercitain).

L'intérêt est également de permettre de tirer parti des structures et/ou dynamiques déjà existantes. C'est ainsi que la CTA du grand Nancy se met dans les traces de la dynamique du réseau gérontologique qui a déjà une forte légitimité et une pratique du territoire, ou que la CTA de Bordeaux s'imbrique dans la dynamique déjà lancée du CLIC et de la MAIA de Bordeaux au sein de son CCAS, ou que la CTA du Valenciennois quercitain (dite DAT) bénéficie de l'antériorité du travail du GCS.

Le fait d'avoir laissé une marge de manœuvre sur ce plan au niveau national a été saisi par les territoires, qui ont effectivement développé des écosystèmes en fonction de leur existant ainsi que des opportunités et difficultés existantes sur le territoire. Ce faisant, une **situation de forte hétérogénéité** a été créée, qui appelle quelques points de vigilance et des questions que nous explicitons ci-après.

2.2.2. Points de vigilance

Deux points de vigilance nous paraissent tout particulièrement à relever.

Tout d'abord, en termes de pilotage, nous relevons que la **comparaison des nombres de PPS d'un territoire à l'autre est très délicate à faire** du fait du constat que l'on compare alors des **outils différents qui servent à des types de coordinations différentes selon les territoires**. De ce fait, il reste intéressant d'utiliser le PPS comme indicateur, mais celui-ci doit nécessairement être accompagné d'autres indicateurs ou de correctifs qui permettent de prendre en compte l'écosystème dans lequel s'intègre le PPS. Par exemple, il pourrait être nécessaire de suivre également le type d'actions déclenchées par le PPS et la durée de mise en œuvre.

Ensuite, un deuxième point de vigilance porte sur la capitalisation qui pourra être réalisée à partir des expérimentations sur les 9 premiers territoires. Ce qui a été développé sur chaque territoire l'a été en fonction des histo-

riques, des atouts/difficultés du territoire et des structures de coordination préexistantes. De ce fait, **la plus grande précaution sera nécessaire en matière de transposition ou d'exportation sur d'autres territoires de ce qui est réputé avoir bien fonctionné sur un territoire donné** : les **pré-requis** en matière d'historique, d'atouts/difficultés du territoire et de structures de coordination préexistantes devront alors systématiquement être explorés.

2.2.3. Perspectives de développement

Pour conclure cette partie, nous abordons deux points. Tout d'abord, les modèles observés (particulièrement d'appui fort) sont-ils temporaires ou permanents ? Enfin, quelles sont les conditions favorables au déploiement de l'usage du PPS hors de l'exercice regroupé ?

■ Caractère permanent ou provisoire des modèles observés

La variété des usages du PPS a déjà été soulignée, ainsi que le fait qu'il s'agissait de grands types d'usages. Des situations intermédiaires existent, bien entendu. De ce fait, il est essentiel d'indiquer qu'au-delà d'une variété des usages, il existe également une *variabilité* de ces usages, c'est-à-dire que, sur un même territoire, on peut observer des usages différents. En outre, chez un même professionnel, on peut également observer des usages différents. Ainsi, à Nancy, une faible proportion des professionnels constitue la CCP en autonomie, mais néanmoins, cette pratique existe. Sur Paris, les listes de PPS réalisés ainsi qu'une enquête menée auprès de 50 professionnels sur leur pratique a permis d'attester que le PPS était parfois réalisé par un seul professionnel, parfois par plusieurs, et que la raison était parfois l'intérêt de la coordination entre eux et parfois uniquement l'accès à l'offre de service sanitaire, sociale et médico-sociale.

Ainsi, la **notion d'écosystème doit être précisée** : elle ne constitue **pas des catégories étanches de pratiques**, mais plutôt un **cœur d'activité des CTA** auxquelles sont associées ce que l'on peut qualifier de « **grappes d'usages** » spécifiques à chaque CTA, **grappes qui recouvrent des pratiques majoritaires et minoritaires**.

Cette perspective à travers les notions de « cœur d'activité » et de « grappes d'usages » amène à poser la question d'un usage évolutif de la CTA et du PPS. En effet, comme indiqué en 2.1.2., l'enquête permet d'observer qu'il existe une ambiguïté parmi certains personnels CTA sur le fait que les appuis proposés aux professionnels par les CTA soient provisoires (temps d'appropriation de l'outil) ou permanents (fonctionnement normal de la CTA).

Les cas d'appuis de type intermédiaires (Bordeaux et Sud Indre-et-Loire) sont particulièrement éclairants à ce titre : dans les deux cas, l'appui fort et systématique aux professionnels n'était pas prévu initialement dans le fonctionnement de la CTA. Néanmoins, un appui conséquent (c'est-à-dire incluant la prise d'initiative du PPS et la réalisation au moins d'une première version par un membre de la CTA) a été développé pour faire connaître l'outil aux professionnels et montrer son intérêt pour la pratique des professionnels de santé et pour la prise en charge complète des patients. Or, au moment de notre enquête, les avis divergent et des incertitudes sont exprimées quant au fait que ce type d'appui, plus soutenu que prévu, soit une étape d'apprentissage ou doive être maintenu comme appui permanent nécessaire aux professionnels de santé. De plus, les propos de certains acteurs de terrain laissent entendre qu'ils ont évolué dans leur position sur ce point au fur et à mesure du déploiement du programme.

Ainsi, nous relevons que la **question du caractère permanent ou provisoire de l'appui soutenu par la CTA aux professionnels de santé** est un point à instruire et à clarifier pour les équipes pour le développement futur du programme Paerpa et le travail en régime permanent de ce type de structure d'appui aux professionnels de santé.

■ MSP et PPS – Conditions d'un PPS hors MSP

La MSP est-elle un terrain favorable, voire nécessaire au développement du PPS ?

Si le dispositif de l'étude qualitative n'était pas prévu pour permettre d'infirmer ou de confirmer définitivement un lien entre MSP et PPS, il apporte néanmoins des éléments de réponse par rapport à cette question.

Tout d'abord, il est observé dans cette étude que sur le territoire sur lequel se développent une CTA décentralisée et un PPS en autonomie par les professionnels de santé (la Mayenne), cela se fait en appui sur les MSP, et les professionnels de santé ont en tête le modèle de la réunion pluri-professionnelle pour réaliser ces PPS. Il apparaît ainsi des éléments à l'appui de l'hypothèse selon laquelle la MSP serait un terrain privilégié de développement d'un PPS sur la base d'une réunion professionnelle.

Néanmoins, un enseignement de l'étude est aussi que le PPS a pu se développer, sous des formes différentes du modèle de réunion pluri-professionnelle, hors du contexte des MSP. Ainsi, les nombres de PPS les plus importants sur un territoire sont enregistrés dans le Valenciennois quercitain et sur le Grand Nancy, c'est-à-dire sur des territoires quasi sans MSP. L'étude approfondie menée sur chacun de ces territoires permet de faire apparaître que ces déploiements dans ce contexte hors MSP ont reposé sur la mise en place de conditions spécifiques :

- Tout d'abord, il s'agit dans les deux cas de territoires dans lesquels la CTA propose un **principe d'appui fort aux professionnels de santé**.
- Ensuite, il s'agit dans les deux cas de territoires où des **investissements conséquents** ont été réalisés en **promotion et en accompagnement de l'outil** (4 animatrices territoriales dédiées sur le Valenciennois quercitain ; une visiteuse de l'URPS et une visibilité historique du réseau gérontologique à grand Nancy).
- Enfin, il s'agit dans les deux cas de territoires qui disposent d'une **offre de services conséquente** (sanitaire, sociale et médico-sociale) à proposer à travers le PPS.

Sur la base de ces deux cas, il peut être avancé que **l'appui fort de la CTA, des moyens en relais et/ou l'existence d'une offre de service conséquente sur le territoire soient des conditions de développement d'un PPS hors MSP**. Cette hypothèse serait à valider sur d'autres territoires.

PRINCIPAUX APPORTS DE L'ÉVALUATION SUR LES MODÈLES DE CTA-PPS-CCP

La constitution d'écosystèmes CTA-PPS-CCP

Une caractéristique du développement du programme Paerpa sur les 9 premiers territoires est la constitution d'écosystèmes CTA-PPS-CCP, qui sont concrètement des systèmes spécifiques à chaque territoire, qui associent une certaine forme de CTA à une certaine forme de PPS et à une certaine forme de CCP. Notre observation est que le déploiement de Paerpa a conduit à la production de plusieurs formes de CTA, plusieurs formes de PPS et plusieurs conceptions de la CCP (plus largement plusieurs formes de relations entre professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux). L'analyse en termes de développement d'écosystèmes locaux rend compte du développement sur chaque territoire d'une configuration spécifique associant des formes différentes de CTA, de PPS et de CCP.

L'apport de l'évaluation est notamment d'explicitier les paramètres à partir desquels on peut analyser les différents écosystèmes ainsi produits, et de permettre de mieux identifier les différences et similitudes entre les différents développements territoriaux.

Il est également de mettre en lumière que cette production d'écosystèmes différents résulte certes de choix réalisés au moment du déploiement du programme, mais est très marquée par les effets d'éléments antérieurs de structuration du territoire en matière de coordination.

Il est également de relever l'intérêt et les points de vigilance à avoir du fait de ce mode de déploiement « territorialisé » auquel a donné lieu Paerpa. L'intérêt est de proposer ainsi un développement des CTA et des PPS adapté aux historiques et aux atouts/difficultés de chaque territoire et de tirer parti des structures et/ou dynamiques existantes. Un premier point de vigilance à avoir, du fait de la situation de forte hétérogénéité ainsi créée, est sur la tentation de faire des comparaisons entre territoires sur la base d'indicateurs communs (comme le nombre de PPS générés) alors que ces indicateurs renvoient à des réalités très différentes en fonction des territoires. Un second point de vigilance à avoir est sur la capitalisation à partir des expériences des 9 premiers territoires : étant donné la spécificité à chaque territoire de ce qui a été développé, la transposition d'une réalisation jugée réussie sur un territoire ne pourra se faire qu'avec précaution.

L'ambiguïté du caractère permanent ou provisoire de l'appui à la réalisation des PPS

L'étude permet de voir que, pour les territoires qui ont fait le choix d'un appui fort ou intermédiaire proposé aux professionnels de santé sur la réalisation des PPS, il existe une ambiguïté sur le fait que cela soit un dispositif provisoire destiné à ce que les professionnels s'approprient l'outil ou bien que cela soit un dispositif permanent à travers lequel la CTA prendrait durablement en charge une partie de la charge de réalisation et de suivi de ces PPS, à la place des professionnels de santé.

Des PPS en Maison de santé pluri-professionnelle et hors maisons de santé pluri-professionnelle à certaines conditions

L'étude apporte des éléments sur la réalisation du PPS en maisons de santé pluri-professionnelle, dans le cadre desquelles le modèle de la réunion pluri-professionnelle semble avoir un caractère structurant dans lequel le PPS s'intègre. Néanmoins, un enseignement de l'étude est aussi que le PPS a pu se développer, sous des formes différentes du modèle de réunion pluri-professionnelle, hors du contexte des MSP. Les conditions dans lesquelles cela a pu alors se faire avec un développement conséquent des PPS sont identifiées : des territoires dans lesquels la CTA propose un appui fort aux professionnels, dans lesquels des investissements ont été fait en promotion et accompagnement de l'outil (personnel dédié), et dans lesquels il existe une offre sanitaire, médico-sociale et sociale conséquente à proposer en relai de l'utilisation de l'outil PPS.

PISTES DE TRAVAIL – RECOMMANDATIONS

Prendre en compte l'existant de l'offre de soins et de coordination sanitaire, sociale et médico-sociale et des atouts/difficultés des territoires pour concevoir l'écosystème CTA/PPS/CCP le plus adapté localement.

Dans le processus d'extension et éventuellement de généralisation, être vigilant dans la reprise éventuelle d'éléments qui sont réputés avoir bien fonctionné sur un autre territoire en matière de CTA, PPS ou CCP : interroger systématiquement les similitudes et différences de contexte en

matière de structures de coordination préexistantes, les dynamiques déjà en place entre les acteurs du territoire et les atouts et difficultés du territoire.

Adapter le pilotage à partir d'indicateurs communs (comme le nombre de PPS), en introduisant par exemple des correctifs sur ces indicateurs permettant de prendre en compte le fait qu'un même indicateur renvoie à des réalités différentes selon les territoires (par exemple, sur le PPS, prendre en compte aussi le type d'actions enclenchées, sa durée de mise en œuvre, etc.)

Préciser la dynamique de déploiement dans les cas d'appui fort ou intermédiaire proposés aux professionnels de santé par la CTA : s'agit-il une dynamique de passage d'un appui fort vers une autonomisation progressive des professionnels de santé ou d'un principe de maintien de l'appui fort dans la durée ?

Adapter les moyens en appui en fonction des choix qui seront fait sur le point précédent, en prévoyant les effectifs et développement de compétences des CTA en fonction.

Mener une réflexion sur la manière de développer le rôle des paramédicaux et des pharmaciens dans l'initiation du PPS, voire dans sa gestion, tout en maintenant le rôle pivot du médecin traitant.

■ 3. LES MULTIPLES LEVIERS DE L'ADHÉSION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

La participation des professionnels de santé libéraux (PSL), qui est au cœur du programme Paerpa, est loin d'aller de soi. Avant d'examiner les différentes pistes explorées par les équipes-projet, il convient de souligner que **la réussite du programme repose sur une double mobilisation des PSL : en tant que concepteurs des actions et des outils, d'une part, et en tant qu'usagers de ces mêmes outils et notamment des PPS, d'autre part.** Parvenir à susciter la participation de certains PSL aux comités de pilotage, aux ateliers et aux groupes de travail, le plus souvent réalisés selon une démarche participative de co-construction, est d'autant plus important que cela permet de connaître et de répondre aux besoins du plus grand nombre de leurs collègues exerçant sur le territoire. Or, la capacité du programme à répondre aux besoins est le plus sûr moyen de susciter ensuite leur participation et leur adhésion, ce que rappellent régulièrement les associations nationales de professionnels¹¹. Cependant, mobiliser des PSL pour concevoir les outils et les actions est nécessaire mais non suffisant. Les équipes-projet s'efforcent aussi de développer plusieurs canaux de diffusion et d'accompagner les professionnels dans la production des PPS. Dans un premier temps, les démarches de mobilisation des représentants URPS et ambassadeurs locaux sont analysées (3.1.), puis trois stratégies de communication plus larges sont exposées (3.2.). Enfin, les modalités visant à faire adhérer à la réalisation de PPS sont spécifiquement traitées (3.3.).

3.1. Mobiliser des PSL pour la conception et la diffusion du programme : représentants URPS et ambassadeurs locaux

En ce qui concerne la participation des professionnels à la conception et à la diffusion du programme, **les chefs de projet se sont d'abord tournés vers les représentants des URPS qui sont des partenaires officiels de Paerpa** – ils font partie des premiers signataires de la lettre d'engagement. Ils figurent dans tous les comités de pilotage et les autres instances de gouvernance du programme. Cependant, leur présence est rarement assurée dans les comités et le recours aux Unions régionales de professionnels de santé (URPS) pour mobiliser les PSL du territoire a donné des résultats variables.

Le territoire dans lequel les URPS sont le plus présentes et le plus mobilisées dans la conduite de projet est celui de **Bordeaux**. Des représentants participent à l'équipe-projet Paerpa élargie assurant la conduite du projet sur le territoire. La CTA bordelaise semble s'appuyer beaucoup sur ce partenariat et communique beaucoup vers les médecins par le moyen de réunions de quartier. Il est à noter que leur mobilisation sur la thématique du parcours et la collaboration avec l'ARS ne commencent pas avec Paerpa : avant le démarrage du projet, les URPS sont porteuses de plusieurs projets visant à assurer la continuité des soins ambulatoires (élément souligné dans le diagnostic territorial). L'URPS médecins met d'ailleurs en place une permanence téléphonique 24h/24. Cependant, plusieurs éléments invitent à penser que ce levier de mobilisation, utilisé de manière quasi exclusive, ne fonctionne pas si bien : le nombre de PPS réalisés est faible et la décision est prise à partir de 2015 de recourir également à des visites des Délégués de l'Assurance maladie.

¹¹ Voir par exemple le récent article : « L'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) pointe la "lourdeur" du dispositif Paerpa », *Hospimédia*, 13 mars 2017. Voir aussi le communiqué de presse de l'UNPS à propos du rapport d'évaluation des MAIA publié le 23 janvier 2017.

En **Mayenne**, les URPS ont constitué un point d'appui dans l'élaboration du projet préalable à la sélection du territoire pour l'expérimentation. Par la suite, ce sont davantage les MSP, certes en lien avec les URPS, qui ont fait l'objet d'un partenariat privilégié et ont permis la mobilisation des professionnels.

Sur le territoire du **Grand Nancy**, l'URPS Médecins généralistes (MG) a été un point d'appui pour le développement du programme via le financement d'une « correspondante de santé publique » qui a visité les MG, pour la réalisation d'un document de 24 pages sur Paerpa, et l'organisation de réunions d'information par micro-territoires.

Les URPS constituent un point d'appui important du programme. Les avantages sont nombreux : les représentants jouissent d'une légitimité auprès de leurs confrères, d'une certaine représentativité et d'une compétence pour intervenir au titre de leur profession, et d'une organisation permettant la diffusion des outils et des informations (cf. le tableau ci-après). Dans plusieurs territoires (Bordeaux, Hautes-Pyrénées), les pharmaciens ont été mobilisés sur des projets concernant la polymédication ; en Corrèze, le représentant de l'URPS Masseurs-kinésithérapeutes est particulièrement présent. **En revanche, le recours aux URPS peut également se révéler un frein** lorsqu'il ne fonctionne pas. De plus, le partenariat avec les URPS peut être fragilisé à tout moment, indépendamment du développement du programme Paerpa, du fait des tensions qui naissent ou grandissent entre les représentants des professionnels de santé et le ministère de la santé ou les ARS sur d'autres sujets, et en raison des positions prises par l'union nationale qui en découlent.

	Territoire	Inconvénients possibles	Avantages
Représentants URPS	Bordeaux Grand Nancy Mayenne	Positionnement politique en lien avec d'autres enjeux Manque d'adhésion au programme Lien avec le national (UNPS)	Légitimité locale Représentativité Organisation préexistante, canaux de diffusion
Ambassadeurs locaux	Paris Hautes-Pyrénées	Repose sur bonne volonté, le temps personnel Pas de représentativité Incarne un certain modèle professionnel (MSP, Pôle)	Enthousiasme, adhésion au programme Désintéressement

REPRÉSENTANTS URPS OU AMBASSADEURS LOCAUX : QUELS ACTEURS MOBILISER DANS LA CONDUITE DE PROJET ?

Dans les territoires où les URPS étaient absentes, désintéressées voire réticentes ou opposées au programme Paerpa, les équipes-projet ont mobilisé ce que nous proposons d'appeler des **ambassadeurs locaux**. Ce sont des professionnels qui ne s'engagent pas dans la conception et la diffusion des outils Paerpa en qualité de représentants élus mais à titre individuel, et qui pourtant **parviennent à toucher leurs collègues et à avoir un impact bénéfique sur le programme.**

À **Paris** en particulier, les efforts déployés pour développer un partenariat avec les URPS n'ont pas abouti. Conformément aux recommandations émises par l'équipe-projet national, les chefs de projet ont pourtant rencontré les représentants et cherché à les impliquer. *In fine*, ils ont perdu du temps et ont tardé à développer des stratégies alternatives. L'équipe-projet, grâce à l'intervention de la gériatre de la CTA, a réussi à mobiliser deux médecins généralistes dans les groupes de travail de l'ARS. Ils avaient récemment créé un pôle de santé dans le 19^e arrondissement. Ils ont contribué significativement à l'élaboration du PPS et de sa version dématérialisée, et ont pris en charge l'organisation d'une soirée de présentation de Paerpa pour l'ensemble des PSL de leur arrondissement. Cela semble avoir eu un impact bénéfique sur le nombre de PPS réalisés ensuite par des nouveaux acteurs de l'arrondissement (par contraste, les chiffres évoluent peu sur la même période dans les deux autres arrondissements). Ils ont également œuvré pour faire venir d'autres PSL dans les groupes de travail.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, le programme bénéficie également de la participation d'ambassadeurs locaux et notamment d'un médecin responsable d'une MSP. Il siège dans le COI (Comité opérationnel et d'intégration, instance tactique) et semble avoir joué un grand rôle dans la décision d'impliquer des coordinatrices de CLIC dans la préparation des PPS, donc dans la conception du modèle de CTA finalement adoptée sur ce territoire. Il participe également à l'élaboration du Web PPS (version dématérialisée du PPS) et motive d'autres professionnels notamment des infirmiers pour participer aux groupes de travail. Par la suite, l'équipe-projet suggère que son implication peut être vue comme excessive par certains professionnels qui ne sont pas engagés dans des démarches d'exercice coordonné.

	Territoire	Inconvénients possibles	Avantages
Représentants URPS	Bordeaux Grand Nancy Mayenne	Positionnement politique en lien avec d'autres enjeux Manque d'adhésion au programme Lien avec le national (UNPS)	Légitimité locale Représentativité Organisation préexistante, canaux de diffusion
Ambassadeurs locaux	Paris Hautes-Pyrénées	Repose sur bonne volonté, le temps personnel Pas de représentativité Incarnent un certain modèle professionnel (MSP, Pôle)	Enthousiasme, adhésion au programme Désintéressement

REPRÉSENTANTS URPS OU AMBASSADEURS LOCAUX : QUELS ACTEURS MOBILISER DANS LA CONDUITE DE PROJET ?

Comme indiqué dans le tableau précédent, les ambassadeurs locaux ont l'avantage d'être très enthousiastes pour le projet et de se rendre disponibles. Cependant, leur participation repose entièrement sur leur bonne volonté. Surtout, ils n'ont pas de mandat pour intervenir au nom de leurs collègues et ne représentent qu'eux-mêmes. Leurs moyens de diffusion sont limités à leur réseau et à leur territoire d'intervention. Généralement promoteur du développement de l'exercice coordonné et auteurs de nombreux PPS, les ambassadeurs peuvent enfin être perçus comme trop proches de l'ARS ou comme tirant profit du dispositif. Comme les représentants URPS mais pour d'autres raisons, ce sont donc pour l'équipe-projet des relais précieux mais à manier avec précaution et si possible de façon non-exclusive.

3.2. Les autres stratégies de diffusion à l'épreuve de la temporalité du programme : campagnes d'information, formations OGDPC et visites des DAM

Les équipes-projets Paerpa n'ont pas ménagé leurs efforts pour présenter le programme Paerpa aux PSL et tenter de les enrôler dans la démarche. Plusieurs chefs de projet ont eux-mêmes « pris leur bâton de pèlerin », selon leur expression, et organisé des rencontres par micro-territoires, parfois avec l'aide des représentants URPS. Cependant, les résultats ne sont pas toujours au rendez-vous.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, la première vague de campagne d'information est perçue comme un échec par ceux-là même qui l'ont conduite en 2014-2015. Très faiblement bénéfique si l'on considère le nombre de PPS réalisés, les réunions auraient peut-être même été contre-productives car les professionnels présents ont pu alors se faire une mauvaise idée du programme et se fermer à d'autres évocations et sollicitations faites par la suite. L'équipe regrette aussi de ne pas avoir disposé de matériel de communication adéquat. À partir de 2016, ils ont changé leur fusil d'épaule et communiqué sur les outils disponibles et les apports directs du PPS pour les professionnels et les patients, en effaçant autant que possible la référence au programme « Paerpa ».

Ce cas est révélateur non pas du fait qu'il n'est pas possible de communiquer sur le programme auprès des professionnels libéraux mais de la **nécessité d'attendre que les outils soient disponibles et que des avantages immédiats puissent être mis en avant**. Cela suppose que le programme soit déjà lancé et que certaines actions soient déjà déployées, notamment la mise en place de la CTA et le développement de l'offre de service. **L'attention des PSL est une ressource rare que l'équipe-projet doit gérer** en prenant en compte la dimension territoriale – les différences entre sous-territoires, les relais disponibles – et la dimension temporelle du programme – le déploiement, le caractère expérimental, l'articulation des différentes actions.

L'épreuve de la temporalité concerne aussi les formations mises en place par les Organismes gestionnaires de développement professionnel continu (OGDPC) à destination des PSL. D'un côté, des retours positifs ont pu être recueillis. Le caractère « intéressant » de la formation a été souligné, notamment parce qu'elle a donné une occasion inédite aux professionnels de se connaître et de mieux comprendre leurs champs de compétence respectifs.

En **Mayenne**, les paramédicaux rencontrés ont indiqué que la formation avait été un moyen de découvrir l'outil et de rencontrer d'autres professionnels formés en même temps.

À **Nancy**, la formation semble avoir favorisé une prise en main de l'outil SI et la création de comptes de messagerie sécurisée.

Cependant, il convient de souligner les **difficultés de mise en place des formations OGDPC** notamment pour réunir en même temps des professionnels d'horizons professionnels et organisationnels différents, et donc de mettre en place des formations réellement pluri-professionnelles. En outre, des difficultés de recrutement des participants pour les formations ont pu apparaître, ce qui peut être mis au compte d'une trop grande précocité de leur réalisation par rapport au développement du programme Paerpa, ou d'un manque de capacité des organismes de formation.

En **Mayenne**, par exemple, il s'est avéré impossible de réaliser en même temps la formation des professionnels de l'hôpital et de ville. Or, de l'avis des acteurs, cela aurait été bénéfique.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, les formations OGDPC ont eu lieu alors que le PPS dématérialisé n'était pas encore disponible, ce qui a mis les animateurs dans la situation difficile de devoir assurer une formation sans support ni cas concret à présenter et étudier.

Dans tous les cas, l'appropriation des outils par les PSL ne peut pas entièrement reposer sur les formations OGDPC, et cela pour deux raisons au moins. D'une part, les acteurs ont ressenti le besoin de compléter la formation reçue, par exemple dans une MSP de Mayenne. D'autre part, les formations ont eu lieu relativement tôt par rapport au déploiement des programmes et, par conséquent, les outils présentés sont amenés à évoluer par la suite, parfois fortement. Les formations OGDPC font partie des actions Paerpa qui sont relativement faciles à mettre en place, et qui par conséquent peuvent être rapidement investies par les équipes-projet sommées de présenter des résultats en matière de déploiement. Or **les formations perdent de leur sens si les outils ne sont pas prêts ou si les professionnels ne peuvent pas travailler sur des cas réels.**

La troisième stratégie de communication de masse utilisée pour mobiliser les professionnels est le recours aux **délégués de l'Assurance Maladie (DAM)**. Dans les territoires où les DAM ont été mobilisés pour communiquer sur Paerpa, les résultats sont variables.

À **Paris**, leur intervention est perçue comme très positive. En lien avec les référents ARS, très motivés, les délégués ont été eux-mêmes formés avant de réaliser les visites. Une deuxième campagne a été organisée ce qui montre l'intérêt de la démarche.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, les visites des DAM semblent au contraire avoir été contre-productives, notamment parce que le programme Paerpa et l'outil PPS auraient été évoqués en fin de séance comme une contrainte administrative supplémentaire plutôt que comme un apport pour les professionnels, et sans support concret de présentation.

En **Basse Corrèze**, les DAM ont réalisé une vague de visites en 2015. D'après les données fournies par la CNAM-TS en septembre 2015, les médecins ont été particulièrement sensibles aux perspectives offertes par les nouveaux dispositifs prévus par Paerpa – expertise gériatrique, places de SSIAD et d'hébergement temporaire en urgence, formation au repérage de la fragilité pour les aides à domicile. Ils ont en revanche été plus circonspects vis-à-vis du PPS, outil dont l'usage paraît lourd avec un risque de surcharge administrative. Les pharmaciens et les IDE qui ont également été visités ont fait des retours positifs, notamment en ce qui concerne le fait de pouvoir s'adresser à la CTA comme interlocuteur unique.

Là encore, la façon dont les visites des DAM s'inscrivent dans le développement du programme Paerpa est déterminante pour la réussite de l'opération. En outre, ce que montrent les expériences des DAM et des formations, comme d'ailleurs des réunions de micro-territoire et des campagnes d'information, c'est que la communication ne suffit pas. Il faut introduire un accompagnement à l'utilisation, ce qui suppose que les outils soient prêts et qu'il soit possible de travailler sur des cas réels.

3.3. Les leviers de l'adhésion à l'outil PPS : appui de la CTA, offre de service étoffée et accompagnement à la production

La plupart des équipes-projet ont rapidement renoncé à considérer le nombre de PPS réalisés comme un indicateur de mesure du déploiement du programme ou de sa qualité. Néanmoins, étant donné la pression exercée continuellement par l'équipe nationale et les annonces faites au niveau local au moment du lancement du programme, **beaucoup d'efforts ont été faits pour contourner les obstacles souvent rencontrés dans la diffusion du programme auprès des PSL et susciter leur intérêt de façon plus indirecte.** L'adhésion suscitée est aussi **plus individuelle et plus instrumentale** au sens où il s'agit moins de convaincre les professionnels de la pertinence de l'approche par les parcours ou de la coopération pluri-professionnelle que de leur montrer, individuellement, les bénéfices à tirer – pour leur organisation du travail, leurs patients voire un patient en particulier – de leur utilisation des outils proposés et notamment du PPS.

L'intérêt des professionnels de santé pour l'appui qu'offre la CTA ou pour l'accès à des services supplémentaires pour leurs patients est apparu à plusieurs reprises au cours de l'évaluation comme constituant un levier à part entière de la réalisation d'un PPS et de l'adhésion à la démarche Paerpa.

L'enquête réalisée à **Paris** auprès des auteurs de PPS montre que leur adhésion à l'outil, lorsqu'elle existe, est souvent justifiée par l'aide qu'ils ont reçu de la part de la CTA : visites à domicile par la gériatre de la CTA ou l'équipe mobile de psychiatrie qui travaille en partenariat étroit avec la CTA, appui d'un ergothérapeute, relais sur des situations critiques, ou encore capacité à faire le lien avec les interlocuteurs sociaux et médico-sociaux.

À **Nancy**, les représentants URPS déclarent que leur motivation initiale pour le projet résidait dans la possibilité pour les médecins d'avoir un meilleur accès aux services médico-sociaux et sociaux grâce à la CTA.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, la participation des PSL à un PPS tient souvent à la possibilité de voir leurs patients bénéficier, dans le cadre de Paerpa, de l'intervention d'un ergothérapeute, d'un professeur d'éducation physique adaptée ou d'un séjour en hébergement temporaire.

Dans tous les cas, il est crucial pour consolider l'adhésion à l'outil de ne pas décevoir la motivation initiale. La CTA doit donc être suffisamment dotée en ressources pour répondre aux demandes, et ceci dans des délais acceptables, et les services supplémentaires offerts (expertise gériatrique, intervention d'ergothérapeute, éducation thérapeutique, hébergement temporaire) doivent être véritablement accessibles et rapidement. À Paris, par exemple, l'extension des horaires de permanence de la CTA a été conçue dans cette perspective. Dans les Hautes-Pyrénées, il est question de renforcer le poste du professeur d'éducation physique adaptée car sa file active est déjà trop importante. On voit ici le **caractère systémique du programme Paerpa : l'adhésion des PSL repose sur la mise en œuvre coordonnée et continue de plusieurs actions.**

Sur plusieurs territoires, après avoir constaté le faible enthousiasme pour le programme ou pour le PPS, les équipes-projet ont aussi travaillé à **faciliter l'utilisation de l'outil et à mettre en place un accompagnement à la production**, ce qui a fonctionné.

À **Bordeaux**, l'histoire du lancement de la première version du PPS montre que les PSL peuvent être fortement rebutés par un document trop long et peu utilisable. Au moment de notre évaluation, l'équipe-projet avait choisi de développer un outil plus facile d'usage et de le proposer déjà pré-rempli aux professionnels. Les premiers retours sur cette pratique aux coordinateurs de la CTA étaient positifs

Dans les **Hautes-Pyrénées**, comme la première campagne de communication sur le PPS a été suivie d'un très faible engouement, l'équipe-projet a envisagé d'autres pistes : la dématérialisation du PPS, un changement de stratégie de communication, et surtout le développement d'un « pré-PPS » ou « Proposition d'actions gériatologiques » (PAGe) : un autre outil que le PPS permettant à d'autres acteurs que les PSL (en l'occurrence les gériatres et les coordinatrices CLIC-Paerpa) de réaliser une évaluation de la situation d'une personne âgée repérée comme étant à risque de perte d'autonomie et de proposer au médecin traitant de cette personne de faire un PPS pour mettre en place des actions. Entre décembre 2015 et juin 2016, l'accroissement du nombre de PPS réalisés est principalement à mettre au compte du travail de préparation et d'accompagnement réalisé par les coordinatrices de CLIC.

Il est certain que la préparation des PPS allège le travail des PSL et notamment des médecins traitants. Dans les cas évoqués, on voit aussi que cela renforce la coordination entre professionnels de santé et du secteur social, ce qui s'inscrit pleinement dans les objectifs de Paerpa. Néanmoins, ce levier a un coût non négligeable. Nous n'avons pas le recul suffisant pour savoir si les PPS réalisés ainsi permettent d'emporter l'adhésion des médecins traitants autrement réfractaires et amorcent un apprentissage qui leur permettra ensuite de les réaliser seuls, ou si cela revient à organiser durablement la délégation du travail administratif des professionnels en exercice isolé.

Enfin, l'évaluation révèle que, **parmi les PSL, les pharmaciens et les professionnels paramédicaux sont particulièrement motivés par l'outil PPS, et plus généralement par l'idée d'accroître ou de formaliser leur participation à des actions de coordination** entre professionnels de santé. Les pharmaciens, par exemple, y voient un moyen de renforcer et de revaloriser la dimension clinique de leur travail, à laquelle ils tiennent et pour laquelle ils considèrent avoir une compétence spécifique, dans un contexte de développement de la dimension commerciale de leur activité. Or, *a priori*, les paramédicaux ne peuvent pas initier le PPS et sont tributaires du médecin traitant. Certains répondants à l'enquête réalisée auprès des auteurs de PPS parisiens ont déclaré être très frustrés de cette situation. Il est possible de relever une certaine contradiction entre l'affirmation d'un souci de pluri-professionnalité dans la réalisation des PPS et l'absence d'équité entre les quatre types de professionnels impliqués. Le fait qu'un médecin travaillant avec plusieurs professionnels est moins rémunéré que s'il réalise le PPS seul peut également paraître contradictoire avec les objectifs affichés.

Pour conclure cette partie sur les leviers de l'adhésion des PSL au programme Paerpa et notamment à l'outil PPS, il apparaît que les équipes-projet disposent d'une marge de manœuvre assez importante selon la configuration de leur territoire et les obstacles rencontrés (absence de représentants URPS, échec des campagnes de communication classique, non coopération des DAM ou encore aléas techniques). Plusieurs leviers existent et gagnent à être développés ensemble.

PRINCIPAUX APPORTS DE L'ÉVALUATION SUR LA MOBILISATION DES PSL

La réussite du programme Paerpa repose sur une double mobilisation des PSL : en tant que concepteurs des actions et des outils, d'une part, et en tant qu'usagers de ces mêmes outils et notamment des PPS, d'autre part.

Pour la conception et la diffusion, les équipes-projet se sont d'abord tournées vers les URPS, officiellement partenaires de Paerpa. Dans certains territoires, les représentants ont joué un rôle d'appui important en organisant des réunions, en communiquant par mail ou publication. Dans d'autres, ce relais a été fragilisé en cours de route ou n'a pas du tout fonctionné. Des médecins et d'autres professionnels non affiliés à l'URPS ont alors été sollicités et ont joué le rôle d'ambassadeurs locaux. Dans tous les cas, la mobilisation des professionnels pour participer à la conduite de projet (groupes de travail, instances de gouvernance, travail de communication) n'est pas aisée à susciter et les canaux empruntés ne sont jamais assurés.

Trois canaux de communication de masse ont été empruntés pour faire connaître le programme Paerpa aux PSL : les réunions d'informations organisées par l'équipe-projet, les formations mises en place par les Organismes gestionnaires de développement professionnel continu (OG-DPC), et les visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM). La réussite de ces actions est variable. Elle dépend grandement de leur inscription temporelle dans le déroulement du programme. Si elles ont lieu trop tôt, c'est-à-dire avant que la CTA soit en place et le PPS accessible et facilement maniable, il y a un risque qu'elles soient contre-productives, c'est-à-dire qu'elles découragent les PSL. Leur attention est une ressource rare que l'équipe-projet doit gérer en prenant en compte la dimension territoriale – les différences entre sous-territoires, les relais disponibles – et la dimension temporelle du programme – le déploiement, le caractère expérimental, l'articulation des différentes actions. La communication ne suffit pas pour susciter la mobilisation des PSL. Il faut pouvoir être en mesure de leur offrir un aperçu des bénéfices attendus et un accompagnement à l'utilisation des outils.

Confrontée aux limites des campagnes de communication sur la démarche Paerpa et l'outil PPS, les équipes-projet se sont efforcées de développer des supports plus faciles d'utilisation (PPS dématérialisé), des bénéfices immédiats pour les patients, et un accompagnement à la production du PPS. L'appui offert par la CTA, de même que l'accès à des ressources supplémentaires pour leur patient, constituent des leviers de motivation très importants. Dans les territoires dans lesquels des agents de la CTA, que celle-ci soit centralisée ou non, préparent les PPS et notamment le volet administratif, un accroissement du nombre et de la qualité des PPS semble pouvoir être mis au compte de cette forme organisée de délégation du travail. Enfin, dans les territoires où nous avons pu approfondir nos investigations sur les PPS, il s'avère que les pharmaciens et les paramédicaux sont plus facilement motivés par la démarche de coopération pluri-professionnelle que les médecins.

POINTS DE RECOMMANDATIONS POUR LA SUITE

Développer plusieurs pistes conjointes de mobilisation des professionnels dès le début du programme et ne pas faire du partenariat avec les URPS un incontournable de la démarche. Il ne s'agit pas non plus de développer une relation exclusive avec un partenaire ou un leader proactif local. Pour l'équipe-projet, l'enjeu est de pouvoir s'appuyer sur quelques professionnels prêts à s'impliquer dans le projet et jouissant d'une certaine légitimité sur le territoire.

Développer une réflexion sur les moyens de mobilisation personnalisée des professionnels de santé (visite ciblée, contacts par messagerie) autant que sur les moyens de mobilisation collective (réunions de territoire ou micro-territoire, soirées, forum).

Dissocier les démarches réalisées auprès des différentes URPS, et d'ailleurs des différents PSL, car il est possible que là où les médecins sont réticents à s'engager voire opposés à la démarche, les autres groupes peuvent être intéressés et motivés.

Veiller à ce que les campagnes d'information et la mobilisation des autres canaux de mobilisation des PSL (formations, visites des DAM) n'interviennent pas trop tôt dans le déploiement du programme et soient articulées les unes avec les autres.

Éviter une réalisation trop précoce des formations même si les organismes de formation sont prêts à les organiser. Il faut que les outils soient prêts et que les professionnels puissent travailler, dans le cadre de la formation, sur des cas réels pour que la formation porte ses fruits.

Élaborer au niveau national le cadre permettant que le montage de formations pluri-professionnelles soit facilité. En particulier, il paraît important que les formations s'adressent à la fois aux professionnels de l'hôpital et de la ville, si nécessaire en créant un cadre dérogatoire dans un premier temps.

Mobiliser les ARS sur la conception et la production de supports de communication adaptés au contenu du programme tel qu'il est conçu localement.

Approcher les PSL en leur parlant des bénéfices directs et concrets du recours aux outils Paerpa pour eux et leurs patients plutôt qu'en essayant de les convaincre de la pertinence de la démarche de façon générale.

Aborder le développement de la CTA non pas uniquement en tant que structure de coordination, mais comme moyen de donner accès à une offre de services plus large, par un meilleur accès à l'information sur l'offre de services existante et par la promotion de nouveaux services développés.

Éviter une communication trop précoce de la CTA et attendre que celle-ci puisse effectivement procurer un appui et de nouveaux services aux PSL.

Mener une réflexion sur la manière de développer le rôle des paramédicaux dans l'initiation du PPS, voire dans sa gestion, tout en maintenant le rôle pivot du médecin traitant.

Établir d'emblée un plan de mobilisation des différentes professions impliquées dans le programme (exercice libéral et salarié de premier recours dans les secteurs sanitaire, médico-social et social, professionnels d'EHPAD et hospitaliers).

■ 4. DES OUTILS NUMÉRIQUES NÉCESSAIRES MAIS NON SUFFISANTS

Le développement des outils numériques, souvent appelés « outils SI » pour système d'information partagé, représente **une partie importante du programme Paerpa**. Le cahier des charges prévoit notamment le développement – ou le développement de l'usage – des outils suivants : un annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales (ROR) ; une messagerie sécurisée commune aux acteurs des trois secteurs sanitaire, médico-sociale et social ; l'utilisation du dossier médical personnel (DMP) et du dossier pharmaceutique (DP) par les professionnels de santé ; l'utilisation d'un outil de type trajectoire dans les établissements de santé ; l'utilisation de la télémédecine et de la télésurveillance en EHPAD. Ces outils ne sont pas propres à Paerpa dans la mesure où ils sont développés dans d'autres régions indépendamment de Paerpa, et dans les territoires de l'expérimentation dans le cadre d'autres programmes d'action publique (MAIA, TSN). Notre évaluation porte plus spécifiquement sur les outils SI développés en lien avec les organisations CTA et les PPS, qui constituent pour nous des points d'entrée privilégiés. En particulier, un important travail de dématérialisation du PPS, si elle n'était pas inscrite dans le cahier des charges, a été entrepris dans la plupart des territoires pour répondre aux attentes des professionnels.

À ce stade de l'expérimentation, trois enseignements nous paraissent à tirer. Tout d'abord, les outils SI ont fait l'objet d'un investissement très important. Cependant, leur mise en œuvre a été retardée et reste souvent inaboutie, ce qui a parfois de lourdes conséquences pour le développement du programme dans son ensemble. Enfin, d'autres outils que ceux prévus initialement ont été développés efficacement pour répondre aux besoins exprimés localement.

4.1. Un investissement important et de fortes attentes

Le premier enseignement de l'évaluation est que le développement des outils numériques a donné lieu à **un investissement très important**, que l'on considère les **moyens financiers** consacrés aussi bien que les **ressources humaines** mobilisées. Cet investissement concerne à la fois la **conception des outils, leur production et leur déploiement**. Il ne nous est pas possible pour le moment de dresser un tableau comparatif complet des caractéristiques de cet investissement dans les différents territoires. Retenons néanmoins que dans la plupart des cas, un axe dédié au développement des SI figure dans la feuille de route, qu'il n'est pas rare que le financement consacré aux outils SI s'élève à 20 % du budget fixé au lancement du programme, pour des montants globaux avoisinant le million d'euros.

Si les personnels ARS compétents sur ce domaine sont sollicités, une grande part des moyens est utilisée pour rémunérer des prestataires produisant les outils. Le pilotage des actions SI peut-être quasiment sous-traité. Les Groupements de santé sanitaire (GCS) sont souvent sollicités, dans le prolongement de collaborations antérieures. Ils apportent une aide substantielle en organisant et en animant des groupes de travail. Le développement des outils SI a ainsi la particularité de faire l'objet d'un **processus dans la conduite de projet**. Pour chaque outil, il s'agit de réunir les acteurs concernés, de concevoir un outil pilote avec le prestataire, de tester une première version, de la remanier, puis de mettre en circulation l'outil. Il y a donc un temps de conception incompressible, surtout si l'outil est produit selon une démarche participative. Cette démarche contribue à susciter beaucoup d'attentes chez les professionnels appelés à devenir les usagers des outils.

4.2. Les difficultés de la mise en œuvre et leurs conséquences

Au regard de cet investissement et de ces attentes, la réalité de la mise en œuvre peut paraître décevante. Même dans les territoires ayant réussi à déployer la plupart de leurs actions, les réalisations concernant les SI accusent un fort retard et restent souvent en deçà des attentes.

Dans le **Nord-Pas-de-Calais**, l'axe consacré à la mise en place d'outils informatiques est peu développé sur certaines de ses actions et a connu des retards par rapport aux prévisions, ce qui tranche par rapport au déploiement de front de nombreuses mesures sur les autres axes. Ainsi, plusieurs outils ne sont pas du tout développés ou en sont à leurs prémises à mi-2016 (DMP prévu pour 2017, VMS et DLU prévus seulement après une phase de prise en main de la Messagerie sécurisée). Pour le développement du ROR, le choix a été fait de reprendre l'outil de la région PACA. De plus, si le système d'information dédié (Phileas) est officiellement opérationnel à partir de fin 2015, lors de la visite sur le terrain, nous avons constaté que tout le travail sur les PPS des animatrices territoriales était réalisé sur papier sans passer par Phileas qui nous a été décrit par plusieurs acteurs de terrain comme étant en cours d'évolution et non utilisé pour le moment.

L'**Aquitaine** étant territoire d'expérimentation pour le programme « Territoire de Soins Numérique » (TSN) sur le département des Landes, l'équipe-projet Paerpa de Bordeaux a cherché à développer un PPS collaboratif en lien avec l'outil de système d'information PAACO développé par le GCS Télésanté Aquitaine. Il n'y avait pourtant pas de recoupement territorial entre les deux programmes. Finalement, l'outil PAACO a été développé en commun pour répondre aux besoins des deux programmes. Un outil PPS collaboratif est disponible dès mai 2015. Néanmoins, des difficultés techniques et d'usage amènent à le retravailler et à ne mettre de nouveau à disposition ce PPS collaboratif qu'à partir de mai 2016. Au jour de notre évaluation, deux structures importantes ne peuvent pas se connecter : le CHU de Bordeaux et le conseil départemental (donc les équipes APA). Par ailleurs, pour les professionnels libéraux, cela nécessite de faire la démarche technique avant de pouvoir pleinement utiliser les fonctionnalités de l'outil. Au-delà de ces freins techniques, il nous paraît essentiel de souligner les freins « culturels » à l'usage du système d'information. Ainsi, les entretiens avec les cadres de la CTA permettent de mettre en évidence qu'il n'a pas du tout été évident pour les équipes issues d'une culture de travail social de partager les informations recueillies sur un système d'information partagé. La réticence semble aujourd'hui surmontée, mais il est important de relever qu'elle a nécessité de développer une nouvelle manière de rédiger ses dossiers, afin qu'ils puissent être partagés, voire dans certains cas, de passer de la transmission orale à l'écrit. Ainsi, le passage à un outil collaboratif n'est pas que la transposition technique de dossiers personnels vers des dossiers partagés, mais implique un temps d'adaptation et d'apprentissage sur la rédaction de dossiers partagés.

En **Basse Corrèze**, le déploiement d'un logiciel métier CTA a pris beaucoup de retard, tout comme la possibilité de réaliser et de transmettre des PPS dématérialisés. Initialement engagé avec le GCS Epsilim, basé à Limoges, le travail a été interrompu suite à la création de la grande Région regroupant l'Aquitaine, le Poitou-Charentes et le Limousin. Cette dernière intervient le premier janvier 2016 après un travail de préparation lors du second semestre 2015. Le GCS Epsilim est alors absorbé par TSA Aquitaine. La conséquence est que le développement local est arrêté au profit de PAACO. Si le bien-fondé à long terme du choix convergent de PAACO se défend, l'impact à court terme a entravé le déploiement du programme Paerpa pour la CTA et tout particulièrement pour les PPS. Ainsi, lors de notre venue, PAACO ne permettait que l'accès à un journal du patient. Il n'y avait pas d'intégration de différentes fonctionnalités et pas de possibilité d'accès pour les professionnels libéraux. Le travail de rapprochement se faisait donc à la main. Les IDE de la CTA (une employée du Conseil départemental et en complément un IDE du Centre hospitalier) travaillent également avec deux ordinateurs sur leur bureau. Le premier leur permet d'avoir accès aux dossiers APA et le second aux dossiers hospitaliers *via* le logiciel Crossway. Si l'intérêt d'un double accès est évident pour mieux coordonner les professionnels des secteurs social et sanitaire, de la ville et de l'hôpital, il reste des efforts d'intégration informatique pour aboutir à un environnement de travail ergonomique. L'absence de possibilité de dématérialisation du PPS a généré deux conséquences principales. La première est le blocage des formations pluri-professionnelles par l'ingénieur projet, jugeant que ces formations seraient contre-productives à partir du moment où elles n'étaient que « théoriques » et non appuyées sur un usage pratique du PPS en ligne et en CCP. Même si des choses se sont débloquentes depuis, le déploiement a largement été retardé, et à un moment bloqué par les soucis de SI.

Dans les cas plus simples où l'outil est développé de manière autonome dans le cadre de Paerpa, des obstacles apparaissent et sont susceptibles de mettre en péril la démarche.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, il a été décidé de développer une version électronique du PPS saisissable sur une plateforme en ligne gérée par la CTA. Le document est fidèle au formulaire de la HAS. Un groupe de travail « Web PPS » s'est réuni à maintes reprises entre janvier et juin 2015 pour mettre au point l'outil avec plusieurs professionnels de santé libéraux (trois médecins, un pharmacien et une infirmière exerçant soit dans le pôle de santé soit dans une MSP), des coordinatrices CLIC-Paerpa, les deux gériatres référents ETPVD, l'équipe CTA dont les deux agents, le reste de l'équipe-projet Paerpa et des membres du GCS Télésanté. Les professionnels de santé participants figurent parmi les auteurs des premiers PPS en version papier et sont très motivés. Le groupe est animé par la chargée de mission SI et le chef de projet de Résomip (fédération des réseaux de santé). La démarche est classique : expression des besoins, aller-retour avec le prestataire, tests.

L'outil est prêt en septembre 2015 mais il n'a pu être lancé qu'en mars 2016 car la CNIL a tardé à donner son aval. Ce délai a été préjudiciable non seulement parce que les PPS n'ont pas pu être faits en ligne pendant cette période et que la CTA devait retranscrire les fichiers reçus, mais plus encore parce que l'outil voire le projet Paerpa a été discrédité. Les professionnels de santé rencontrés en réunion ou en formation étaient découragés voire commençaient à douter du fait que l'outil serait disponible un jour. Depuis mars 2016, il semble néanmoins que le lancement du « web PPS » a un effet positif sur la mobilisation des professionnels. Reste à travailler à son appropriation par le plus grand nombre comme pour tous les outils SI.

Même lorsque les difficultés techniques sont surmontées, le PPS dématérialisé apparaît comme non suffisant pour enclencher des dynamiques à lui seul. À **Nancy**, par exemple, le SI permet en principe une autonomie des professionnels dans la réalisation des PPS. Néanmoins, à ce jour, peu de CCP l'utilisent de cette manière en autonomie. **L'outil ne crée pas l'usage.**

De plus, le développement des outils SI, s'il peut s'avérer porteur, apparaît aussi comme **potentiellement contre-productif lorsque les outils livrés sont peu en adéquation avec les besoins des professionnels ou posent des problèmes techniques qui en gênent l'usage.**

En **Mayenne**, les professionnels de santé en MSP rencontrés souhaitent pouvoir utiliser le DMP pour les patients pour lesquels ils font un PPS. Mais le fait qu'il ne soit consultable qu'en réunissant trois éléments (une connexion internet + la carte professionnelle + la carte vitale du patient) se révèle régulièrement un casse-tête organisationnel générateur d'aller-retour entre le cabinet du professionnel et le domicile du patient. Le fait qu'un personnel administratif ne puisse pas intervenir sur le DMP est également remonté comme un problème, étant donné que dans certains cas, des personnels administratifs sont engagés pour gérer les dossiers des patients et décharger le médecin traitant de cette part administrative. Enfin, des problèmes de compatibilité entre la messagerie sécurisée, le DMP et les logiciels métier ont été rencontrés dans certains cas et freinent l'usage des nouveaux outils. Ces différents problèmes techniques sont soulignés comme particulièrement décourageants par les professionnels de santé, et comme une raison qui pourrait les amener à abandonner la démarche.

À propos de la dématérialisation du PPS, **deux sources de difficultés** peuvent donc être identifiées : d'une part, les problèmes d'**ajustement ou de convergence entre les outils Paerpa et d'autres outils existants** ou en cours de développement par ailleurs sur le territoire ; d'autre part, les **obstacles techniques et culturels** concernant la réalisation ou l'usage des outils. Dans un cas comme dans l'autre, les difficultés rencontrées peuvent être lourdes de conséquence pour l'ensemble du programme : coup d'arrêt à la dynamique de production des PPS, démotivation des partenaires du programme et des professionnels appelés à devenir des usagers des outils, épuisement de l'équipe-projet, blocage des formations pluri-professionnelles.

Si la mise en œuvre délicate, et parfois encore inachevée, des outils de SI collaboratif a pesé sur les développements de ces premiers territoires, une fois en place ces derniers sont un réel levier, indispensable, pour la montée en puissance de la CTA et l'implication de différents professionnels de santé. Un questionnement subsiste sur la possibilité de capitaliser à l'identique sur de premiers déploiements, alors qu'existe une tension entre intérêt d'un développement générique et développement au plus près des besoins exprimés dans une logique d'appropriation.

4.3. La stratégie des petits outils adaptés aux besoins doublement payante

Plusieurs territoires ont choisi de développer, en plus ou en place des outils inscrits dans le cahier des charges, des **“petits outils” répondant directement aux besoins exprimés localement**. Cette stratégie s'avère doublement payante car elle répond directement à un besoin et permet d'enrôler des acteurs qui n'étaient pas forcément intéressés par la démarche Paerpa ni partants pour produire des PPS.

À Paris, un outil SI (LISA) a été conçu et développé par un groupe de travail qui comprend des représentants de l'équipe projet ARS, de la plateforme gérontologique, de l'hôpital (assistantes sociales) et des différents services à domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD). Cette concertation amène au développement d'un outil non prévu initialement par le cahier des charge national, mais souhaité par les acteurs de terrain pour permettre la mise en lien opérationnelle des acteurs du domicile et leur donner connaissance des fréquences et modalités d'intervention de chacun. Ils peuvent aussi grâce à l'application numérique alerter et être alerté en cas d'aléas dans la prise en charge. L'équipe-projet souligne l'implication et l'engagement des acteurs de terrain du groupe de travail dans le développement de cet outil.

Dans les Hautes-Pyrénées, l'outil Alpha 65 est né d'une demande formulée par les équipes du réseau de santé, de la MAIA et des CLIC. Le but est de pouvoir connaître en temps réel la disponibilité des places d'hébergement temporaire en EHPAD sur le territoire (places financées par Paerpa et autres). Une première version très basique, sous forme de tableau, est produite en avril-mai 2016 puis évolue jusqu'à mi-juillet 2016 pour prendre la forme d'une cartographie. Un référent dans chaque EHPAD saisit les données deux fois par semaine, selon le calendrier de la veille sanitaire. Au moment de l'évaluation, le dispositif fonctionne très bien (98 % de saisie) et les usagers sont très satisfaits. L'accès devrait être étendu aux gériatres, aux EMG et peut-être même aux professionnels libéraux. L'outil est très simple, il faut juste un login et mot de passe. À la demande du pilote MAIA, une prochaine étape de développement de l'outil est envisagée pour permettre la programmation des séjours.

Nous relevons donc **l'intérêt spécifique et l'engagement que peut susciter le fait de développer des outils SI au niveau local, en réponse aux besoins exprimés des acteurs du territoire**. Le succès tient à la démarche de conception ascendante, par concertation et réflexion collective sur les besoins.

PRINCIPAUX APPORTS DE L'ÉVALUATION SUR LES OUTILS SI

Le développement des outils numériques a donné lieu à un investissement très important, que l'on considère les moyens financiers consacrés ou les ressources humaines mobilisées. Cet investissement concerne à la fois la conception des outils, leur production et leur déploiement.

Le développement des outils SI a la particularité de faire l'objet d'un processus de conduite de projet dans la conduite de projet, ce qui prend du temps et suscite beaucoup d'attentes.

Au regard de l'investissement, cependant, la réalité de la mise en œuvre peut paraître décevante. Les outils sont déployés avec beaucoup de retard et restent inaboutis au moment de l'évaluation.

À propos de la dématérialisation du PPS, deux sources de difficultés peuvent être identifiées : d'une part, les problèmes d'ajustement ou de convergence entre les outils Paerpa et d'autres outils existants ou en cours de développement par ailleurs sur le territoire ; d'autre part, les obstacles techniques et culturels concernant la réalisation ou l'usage des outils. Dans un cas comme dans l'autre, les difficultés rencontrées peuvent être lourdes de conséquence pour l'ensemble du programme : coup d'arrêt à la dynamique de production des PPS, démotivation des partenaires du programme et des professionnels appelés à devenir des usagers des outils, épuisement de l'équipe-projet, blocage des formations.

Plusieurs territoires ont choisi de développer, en plus ou en place des outils inscrits dans le cahier des charges, des **“petits outils” répondant directement aux besoins exprimés localement**. Cette stratégie s'avère doublement payante car elle répond à un besoin et permet d'enrôler des acteurs qui n'étaient pas forcément intéressés par la démarche Paerpa ni partants pour produire des PPS.

POINTS DE RECOMMANDATIONS POUR LA SUITE

Inclure dans le programme des temps de développement locaux des outils, dans le cadre de groupe de travail d'utilisateurs de terrain qui puissent exprimer leurs besoins et faire évoluer l'outil en fonction.

Dans la mise en place de ce type de dispositif, porter une attention spécifique à deux objectifs : 1. Développer des outils au plus près des besoins des utilisateurs de terrain ; 2. Ne pas uniquement développer l'outil, mais mettre en place les conditions de son usage, par l'implication d'acteurs clés de terrain dans sa conception et son lancement sur le territoire.

Travailler à une convergence nationale des programmes en cours afin d'avoir des outils pré-déployables (PPS dématérialisé, annuaires, portail de ressource) et limiter les délais et les obstacles techniques de mise en place.

Travailler avec les développeurs à l'interopérabilité des systèmes d'information (SI hospitalier / SI collaboratif Paerpa / SI Conseil départemental).

■ 5. UNE INTRODUCTION DE PAERPA À L'HÔPITAL POUR LE MOMENT LIMITÉE MAIS À POURSUIVRE

En préambule, il convient de situer la portée et les limites spécifiques à l'appréhension de Paerpa dans les hôpitaux des territoires expérimentaux. Les centres hospitaliers (et encore plus les CHU) sont des structures trop importantes, tant par le nombre de services que d'acteurs, pour en appréhender toutes les composantes dans le cadre de la méthodologie déployée pour cette évaluation qualitative. Nos points d'observation ont été prioritairement les services de gériatrie, et particulièrement les équipes mobiles, même si dans le cas de la Basse Corrèze nous avons pu élargir nos observations à d'autres acteurs. Ces précautions étant posées, plusieurs éléments d'observation nous semblent cependant caractéristiques de l'introduction de Paerpa dans le monde hospitalier et d'évolutions possibles à l'avenir.

Les effets les plus visibles du programme Paerpa dans le monde hospitalier viennent de l'introduction ou du renforcement d'équipes mobiles gériatriques (EMG) (5.1). Cependant, il apparaît difficile de les impliquer au-delà des équipes de gériatrie et des services d'urgences dans des actions spécifiques auprès des personnes âgées fragiles (5.2).

5.1. Les équipes mobiles gériatriques intra et extra-hospitalières

5.1.1. Des moyens souvent renforcés

Paerpa n'agit pas que par création de nouveaux services ou nouvelles actions mais également souvent par renforcement de dispositifs pré-existants. L'objectif est alors de mieux asseoir les capacités du service, de les étendre ou de s'appuyer sur une équipe existante pour ajouter de nouveaux types d'intervention.

Le travail réalisé à partir des équipes mobiles gériatriques nous semble caractéristique d'une telle démarche. Plusieurs apports sont à mettre en avant. Tout d'abord, le **renforcement de la proximité entre EMG et service des Urgences** a été un point relevé sur plusieurs territoires alors que les personnes âgées dépendantes ou fragiles sont largement représentées aux Urgences et leurs Unités contiguës d'hospitalisation de courte durée (service « porte »).

À Nancy, les locaux de l'EMG sont ainsi attenants aux Urgences, ce qui facilite le repérage des patients fragiles, même si la systématicité du signalement est difficile à pérenniser. À Brive, un gériatre est présent en permanence aux Urgences de 9h à 18h.

Un des enjeux importants est d'arriver à repérer la fragilité des personnes âgées entrant dans les services hospitaliers, que ce soit par les Urgences ou par d'autres services. **Le renforcement des ressources des EMG facilite un travail systématique de repérage, même si cela reste encore un défi dans les gros centres hospitaliers.**

À l'hôpital de Château-Gontier dans le **Sud-Mayennais**, le repérage est réalisé à partir du renseignement d'une fiche de 6 questions par les infirmiers des services. Ensuite, le personnel de l'EMG passe quotidiennement dans les services pour récupérer ces fiches. Toutefois, il est à noter que cette concrétisation avait été initiée avant Paerpa, que ce soit le support ou les liens avec les différents services.

Au CHRU de **Nancy**, le renforcement conséquent de l'équipe mobile gériatrique (EMG) intra-hospitalière avec un équivalent temps plein de médecin, un demi-poste d'infirmière et un demi-poste d'assistant administratif, a notamment visé à mieux repérer les patients pouvant faire l'objet d'une inclusion dans Paerpa. Pour cela, l'EMG

essaie et oscille entre deux stratégies : la première est de nouer des liens avec les services pour que ces derniers sollicitent l'équipe quand nécessaire. Elle s'avère fragile et ne prend que dans quelques services comme la chirurgie orthopédique. Face à cette difficulté, l'EMG avait adopté une stratégie alternative la rendant beaucoup moins dépendante des autres services : elle consistait dans le signalement systématique par les services administratifs des urgences de l'entrée de patients de plus de 75 ans. L'équipe mobile passait ensuite le voir dans les services. S'il est exhaustif, ce système s'est avéré trop chronophage et l'équipe semble être revenue récemment à une stratégie de repérage par service.

À l'hôpital Lariboisière à Paris, une expérimentation visant à un repérage systématique des personnes âgées fragiles dans 3 services semble avoir constitué, pour les gériatres, un appui dans la diffusion de normes et préoccupations gériatriques à l'intérieur des établissements. Toutefois, la mise en place a demandé un lourd travail préparatoire :

- une large **communication** du service de gériatrie auprès de leurs collègues, beaucoup plus nombreux ;
- une **ouverture des droits informatiques** sur les dossiers patients aux infirmiers alors que seuls les médecins y avaient accès auparavant ;
- l'élaboration de **procédures** de réalisation des évaluations et de remontées vers les médecins qui mènent les évaluations gériatriques.

Même si l'effet de proximité joue positivement dans de petits hôpitaux, nous verrons que la contribution des différents services, bien que nécessaire, reste très variable et fragilise l'insertion de Paerpa dans le monde hospitalier.

5.1.2. Des actions renforçant l'ouverture de l'hôpital vers la ville

Plusieurs éléments peuvent être relevés qui mettent en avant, certes par endroit et de manière non systématique, l'ouverture des moyens sanitaires de l'hôpital en gériatrie vers les patients et les professionnels en dehors de leurs murs.

Le premier n'est pas innovant en tant que tel mais il faut souligner l'intérêt des **équipes mobiles gériatriques extra-hospitalières**, qui permettent de faire des évaluations gériatriques directement au chevet du patient ou encore d'accompagner des sorties d'hospitalisation.

Au Centre hospitalier de Brive, l'équipe mobile est commune et les personnes alternent dans leurs interventions entre de l'intra – et de l'extra-hospitalier. Cela permet tout d'abord d'avoir un meilleur suivi du parcours de santé des patients. Plus de 1 300 patients sont vus par an par l'équipe mobile intra-hospitalière et environ 500 par an en accompagnement des sorties d'hospitalisation pour environ 17 000 personnes de plus de 75 ans en Basse Corrèze. En outre, les professionnels ont une vision plus large du patient et de ses comportements, qui peuvent largement différer entre l'univers hospitalier et leur domicile. Cela joue également positivement sur le développement des compétences professionnelles.

Dans le **Valenciennois-Quercitain**, en sus des équipes pré-existantes intra-hospitalières, une équipe mobile extra-hospitalière de psychogériatrie (EMPG) est mise en place depuis avril 2015 : portée par le GCS elle réalise notamment des visites à domicile.

À **Bordeaux**, en plus des équipes intra-hospitalières déjà mises en place, Paerpa permet de développer une équipe mobile extra-hospitalière, dite Unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle dans la Cité. En parallèle, une expérimentation d'équipe mobile sans gériatre intervenant en soutien aux proches aidants en rupture est menée (voir encadré ci-après).

À Bordeaux, l'hôpital Bagatelle expérimente une action dédiée au soutien de la dyade aidant-personne âgée fragilisée. Le principe de cette action est la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient au domicile en cas de rupture ou difficulté entre la personne âgée et son aidant. L'équipe est composée d'une assistante sociale, d'un ergothérapeute, d'une psychologue, et d'une secrétaire. Elle intervient sur demande de l'aidant, de la famille ou souvent du médecin traitant. L'équipe de soutien aux aidants a la possibilité de mettre en place certaines aides pratiques (aide-ménagère, réaménagement des locaux) en plus du travail d'accompagnement

qu'elle réalise auprès des personnes. Le temps de l'intervention est souple, l'objectif étant de redonner in fine la main à l'équipe de proximité (infirmière, médecin, etc.).

Le deuxième élément est l'introduction ou le prolongement, sur quatre territoires à notre connaissance, d'un **numéro unique du service ou de l'équipe mobile de gériatrie**.

À **Paris**, ce numéro avait déjà été initié et a été confirmé dans les fiches actions incluses dans la feuille de route. Sur le **Valenciennois-Quercitain**, le renforcement des moyens de la plateforme gériatrique du Groupement de coopération sanitaire a permis de créer un numéro unique ouvert aux appels des usagers/patients et des professionnels pour l'information-orientation et la gestion de la mise en place d'une consultation pluridisciplinaire de la fragilité. En **Mayenne**, le centre hospitalier du Haut-Anjou, à Château-Gontier, a mis en place un numéro unique ouvert aux médecins de ville. Ces derniers appellent en amont pour évaluer un besoin de consultation ou d'hospitalisation et le mode à privilégier (hôpital de jour ou court-séjour). Dans les **Hautes-Pyrénées**, le dispositif "Allo PA" déjà existant dans l'un des bassins de santé est étendu à l'ensemble du territoire dans le cadre de Paerpa. Il s'agit d'un numéro permettant aux médecins généralistes de joindre un gériatre à l'hôpital.

Par ailleurs, l'**accompagnement des personnes âgées fragiles à leur domicile¹² lors d'une sortie des urgences la nuit** est mis en œuvre à **Bordeaux**. Cette sécurisation du retour au domicile s'appuie sur une équipe d'infirmiers et d'aides-soignants. L'action est mise en œuvre à l'hôpital Bagatelle. Après une évaluation de la faisabilité d'un retour à domicile avec l'équipe médicale du service des Urgences, la personne est accompagnée durant la nuit. Dès le lendemain, une équipe de jour extra-hospitalière intervient au domicile et encore 3 à 4 jours après ce premier passage. L'intérêt est d'avoir un suivi de la fragilité dans les heures et jours suivants le passage aux urgences, permettant ainsi d'agir sur la sécurisation du retour à domicile et d'éventuels ajustements à réaliser dans l'environnement du patient.

Sur le territoire **parisien**, un rapprochement a été opéré avec le dispositif PRADO¹³ : porté par l'Assurance maladie, ce dernier vise à réduire les temps de séjour hospitalier en accompagnant mieux le retour au domicile. PRADO ne portait pas au lancement de Paerpa sur les personnes âgées fragiles, mais était déployé sur les volets maternité, orthopédie et insuffisance cardiaque. Le choix a été fait de développer PRADO – Paerpa sur le territoire avec l'intervention d'un conseiller de l'assurance maladie pour faire le lien entre l'hôpital, la CTA et les professionnels de ville.

Dans les **Hautes-Pyrénées**, enfin, les gériatres hospitaliers peuvent produire pour les patients vus en consultation ou hospitalisés des "pré-PPS" ou Propositions d'actions gérontologiques (PAGe) transmises aux médecins traitants. La CTA étant alertée de la réalisation d'une PAGe, elle peut ensuite encourager le médecin traitant concerné à réaliser un PPS sur cette base.

Ainsi, des modalités différentes viennent appuyer le même objectif de sécurisation des parcours en sortie d'hospitalisation, alors que la durée moyenne de séjour est devenue un objectif de gestion majeur depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) en 2007. Les sorties en EHPAD font également l'objet d'actions et sont traitées dans le chapitre suivant.

5.2. La difficile insertion de Paerpa en dehors de la gériatrie et des urgences

Si les équipes mobiles de gériatrie ont pu établir des liens avec les services d'Urgences, **les relations avec les autres services se révèlent beaucoup plus aléatoires**. Les responsables de service de gériatrie arrivent parfois à engager des coopérations relativement suivies avec des responsables d'autres services, mais cela reste dépendant de relations interpersonnelles, au mieux de la prise de conscience du chef de service des enjeux spécifiques. Il n'est donc pas possible d'imposer un signalement systématique et les seules avancées ne peuvent se faire que par la conviction.

¹² Le CH de Brive le fait en direction des EHPAD, cf. *infra*.

¹³ PRADO : PRogramme de retour A Domicile.

Outre l'autonomie des services, deux autres raisons principales ont été avancées. La première est la faible diffusion d'une « culture » gériatrique dans les autres services, alors que cette discipline est encore « neuve »¹⁴ et souffre d'un déficit relatif de légitimité et de « noblesse ».

La seconde est un facteur renforçant de la première. **La focalisation sur la durée moyenne de séjour (DMS), introduite par la T2A**, ne semble pas faciliter une prise en charge spécifique et adaptée à des personnes âgées fragiles, que ce soit pour des raisons sanitaires et/ou sociales.

C'est pourquoi il pourrait être intéressant d'étudier l'introduction d'une T2A adaptée au profil de ces personnes âgées dont la contrepartie pourrait d'ailleurs être une articulation obligatoire avec les services de gériatrie, particulièrement avec l'EMG de l'établissement si elle existe.

À un autre niveau, il est important d'avoir en tête que **les hôpitaux sont traversés par plusieurs vagues de réformes stratégiques** : plan triennal ONDAM et « virage ambulatoire », Groupements hospitaliers territoriaux (GHT) ... Dans ce contexte, Paerpa n'apparaît pas forcément immédiatement très visible et prioritaire dans les évolutions à engager alors que les organisations sont déjà chahutées et de nombreuses ressources mobilisées. Une meilleure articulation et insertion de Paerpa dans ces programmes, notamment le virage ambulatoire et les GHT avec ses nouvelles dynamiques de « filières », pourrait faciliter sa réception et son insertion dans le monde hospitalier.

Enfin, nous avons observé des dynamiques de Paerpa dans lesquelles le(s) centre(s) hospitalier(s) du territoire jouent un rôle assez central – à Brive, à Bordeaux ou à Valenciennes – ou plus périphérique – en Mayenne ou dans la Bourgogne nivernaise. Cela dépend notamment de choix d'orientation du programme Paerpa local en direction prioritaire plus ou moins marquée des professionnels de ville. Tout en tenant compte de la variété des situations locales et des programmes expérimentaux, il est à relever que la mobilisation des ressources gériatriques sanitaires hospitalières peut être un apport important aux professionnels de ville dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ou dépendantes durant les entrées et sorties d'hospitalisation, comme nous le présentons dans la partie suivante.

PRINCIPAUX APPORTS DE L'ÉVALUATION SUR L'INTRODUCTION DE PAERPA À L'HÔPITAL

Le renforcement des équipes mobiles de gériatrie intra- et extra-hospitalières produit des effets positifs, particulièrement aux urgences dans le repérage des personnes âgées fragiles, dans la sécurisation des retours à domicile et de leur suivi ou encore par l'introduction d'un numéro unique.

Toutefois, ce renforcement reste insuffisant à transformer structurellement les pratiques hospitalières pour une prise en charge plus spécifique aux personnes âgées fragiles, l'autonomie des services restant la norme et la Durée Moyenne de Séjour l'indicateur dominant introduit par la Tarification À l'Activité (T2A).

Points de recommandation pour la suite

L'enjeu de la prise en charge de la perte d'autonomie dans une logique de parcours de santé nécessite que soient mobilisés et impliqués les plus hauts niveaux médicaux et administratifs de l'hôpital à l'initiative de la Direction générale des ARS.

À l'appui des mesures opérationnelles (EMG, numéro unique, repérage systématique,...), créer, renforcer ou élargir suivant les établissements le rôle d'une instance impliquant des représentants des différents services afin de légitimer la problématique et d'avancer sur le décloisonnement.

Travailler à un niveau stratégique l'articulation entre les évolutions en cours du monde hospitalier (ex : virage ambulatoire, GHT) et Paerpa avec les autres démarches mobilisant le monde hospitalier (ex : virage ambulatoire, GHT).

Instruire plus précisément le moyen d'ouvrir l'usage de la T2A à l'hôpital (au-delà de l'indicateur de la durée moyenne de séjour) en cherchant des incitatifs ou des allocations spécifiques poussant au décloisonnement des services en interne et à une meilleure articulation avec les soins en ville ou en EHPAD.

¹⁴ Spécialité reconnue en France depuis 2004.

■ 6. DES DISPOSITIFS INTERSTITIELS ENTRE HÔPITAL ET VILLE-EHPAD PROMETTEURS

La partie précédente a introduit des rôles que des équipes hospitalières pouvaient jouer dans l'accompagnement des professionnels de ville ou des patients en amont ou en aval d'une hospitalisation. Cette partie est consacrée à des actions expérimentées pour sécuriser les sorties d'hospitalisation, soit par des passages en hébergement temporaire d'urgence en EHPAD ((6.1), soit par le renforcement des services au domicile (SAAD ou SSIAD¹⁵) (6.2). Un second temps de cette partie porte successivement sur le renforcement de la prise en charge sanitaire pour les résidents d'EHPAD : par l'expérimentation d'un système d'astreinte de nuit d'infirmières pouvant intervenir à la demande (6.3) ou de manière plus longitudinale par le déploiement de télé-médecine dans les EHPAD (6.4).

6.1. L'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation : très prometteur mais à élaborer avec attention

L'hébergement temporaire d'urgence en sortie d'hospitalisation n'a **pas été développé de manière homogène dans le calendrier et dans l'amplitude donnée** selon les territoires. Si la mesure s'avère pertinente lorsqu'elle est mise en place, elle demande un investissement pour organiser sa mise en œuvre fine et dépend également de conditions pour partie externes à Paerpa.

Nous avons pu observer la mesure particulièrement dans le Valenciennois-Quercitain, sur le Grand Nancy, plus indirectement en Basse Corrèze et sur la mise en place de chambres relais d'urgence à Bordeaux.

Dans le **Valenciennois-Quercitain**, l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation est mis en place à partir de juillet 2015 (alors que seul l'hébergement temporaire classique existait auparavant sur le territoire). En septembre 2016, 36 admissions en post hospitalisations ont été réalisées dans ce cadre, portées par 4 EHPAD pour un total de 8 lits (à raison de 2 lits par EHPAD). Les sorties d'hospitalisation proviennent de 4 centres hospitaliers. L'intermédiation est réalisée par la CTA, qui s'appelle localement le DAT (dispositif d'appui territorial), et plus précisément l'équipe de la plateforme gériatrique (notamment une IDE, un médecin gériatre et une ergothérapeute) qui ont d'abord travaillé à la mise en place du dispositif et qui ensuite, au quotidien, reçoivent et gèrent les demandes d'hébergement temporaire Paerpa. Le dispositif a été pensé pour assurer une proximité territoriale : les quatre centres hospitaliers et les quatre EHPAD sont répartis sur les quatre secteurs du territoire (Amandinois, Denaisis, Valenciennois, Quercitain). Chaque centre hospitalier peut donc proposer un hébergement temporaire en proximité, sur son secteur.

Sur le **Grand Nancy**, 11 EHPAD (sur 24 sur le territoire) ont signé une convention avec l'ARS. Lors de notre étude en mars 2016, 65 séjours avaient été réalisés dans 8 établissements après 13 mois d'expérimentation. Au bout des 3 semaines de séjour, 75 % des patients étaient retournés à leur domicile et pratiquement autant avaient fait l'objet d'un PPS durant leur séjour. Dans le cas nancéen, le CHU prend directement contact avec les EHPAD dont il connaît les disponibilités par remontée hebdomadaire de l'information.

En **Basse Corrèze**, il existe au moment de l'enquête 3 places d'hébergement temporaire d'urgence qui ont été conventionnées dans le cadre de Paerpa : 1 place dans l'EHPAD d'Allasac et 2 places dans l'EHPAD de Perpezac. Les deux EHPAD sont situés en milieu rural au nord de Brive-la-Gaillarde. Le format retenu est de 15 jours, renouvelables 15 jours. En matière de suivi, 24 heures après l'admission, la CTA réalise une prise

¹⁵ Services d'aide et d'accompagnement au domicile (SAAD) et Services de soins infirmiers et d'aide au domicile (SSIAD).

d'information auprès de l'EHPAD et de la famille, et l'EMG extra-hospitalière procède à une évaluation. Elle passe ensuite le relais à l'assistante sociale de l'ICA¹⁶ du canton concerné. D'après le suivi réalisé par la CTA, les patients admis ne reviennent pas forcément à leur domicile, 40 % n'en ont pas les capacités.

À **Bordeaux**, 4 chambres d'hébergement relais en urgence ont été mises en place sur 4 EHPAD pour accueillir des personnes âgées de 75 ans et plus qui sont passées aux urgences ou en services hospitaliers : elles ne nécessitent plus un suivi hospitalier mais ont néanmoins besoin de soins techniques et d'une surveillance infirmière jour et nuit et/ou lorsque le retour à domicile est différé (besoin d'aménagement et/ou mise en place d'aides et/ou recherche d'une structure d'accueil adaptée). Il s'agit d'une prise en charge nécessairement de courte durée (7 jours renouvelables). Entre juin 2015 et février 2016, 16 séjours ont été effectués avec une moyenne de 14 jours par séjour.

Toutefois la mise en œuvre de cette mesure ne se réduit pas au recensement de place et à leur conventionnement. Un travail d'ingénierie spécifique est nécessaire et demande un **investissement initial pour élaborer la procédure d'inclusion, de mobilisation et d'articulation des partenaires**.

Ainsi, dans le **Valenciennois quercitain**, un temps important a été consacré à la mise au point de procédures entre les centres hospitaliers et les EHPAD avec l'appui de la CTA. Un médecin gériatre de la CTA est ainsi mobilisé pour valider l'inclusion des patients selon les critères d'admission définis.

À **Nancy**, un travail spécifique a été mené sur les critères d'inclusion à l'initiative du réseau gérontologique co-porteur de la CTA. Après une première élaboration de critères, l'orientation d'un patient en EHPAD se fait lors d'une discussion entre le CHU et l'EHPAD afin d'identifier si le patient pourra s'intégrer dans le fonctionnement de l'EHPAD et en ressortir. Plutôt que des critères d'inclusion figés, il s'agit à ce stade d'un échange dont l'enjeu est double, construction d'une relation de confiance et connaissance réciproque des contraintes et des possibilités. Une seconde phase permettra d'évaluer et d'ajuster au besoin les critères. Les cas nancéen et bordelais présentent de fortes similarités.

La relation en construction entre l'acteur hospitalier et l'acteur EHPAD révèle une problématique de **temps et de culture professionnelle différents** nécessitant un travail spécifique. Ainsi à Valenciennes, des temps de fonctionnement différents entre l'hôpital pour ses sorties d'hospitalisation et les EHPAD pour l'admission classique des patients, qui se fait sur un temps long (par une visite de pré-admission notamment), sont identifiés. Le rôle de la CTA entre les deux a notamment consisté à faire le lien entre ces temps différents et à **trouver les moyens de les accorder, en établissant des critères d'inclusion et des processus très précis**, appuyés par un rôle d'intermédiaire de la CTA entre les deux secteurs. Dans ce cas, la présence d'un médecin à la CTA pour réguler le respect de ces critères sur chaque patient est importante.

Financièrement, des choix différents ont été effectués : en Corrèze et dans le Valenciennois-Quercitain, il existe un reste à charge de 18 euros pour le patient tandis que sur Nancy, l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation est neutre financièrement, l'ARS ayant négocié spécifiquement ce point avec les EHPAD au début de l'expérimentation. Toutefois, cela semble un cas unique et il reste à évaluer si le reste à charge conduit à des renoncements au dispositif ou si des négociations avec les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) au niveau national pourraient aboutir à une prise en charge des 18 euros actuellement non financés. En Corrèze, une négociation entre l'ARS Limousin et les OCAM avait abouti mais n'a pas été suivi d'effets.

Au-delà des points abordés ci-dessus, **un frein majeur et structurel peut provenir du contexte territorial : la disponibilité de places d'EHPAD**. Ainsi, la **Basse Corrèze** concentre la moitié de la population corrézienne et la répartition des places d'EHPAD n'est pas proportionnelle. Ce point est renforcé par le fait que le Centre hospitalier de Brive possédait historiquement un EHPAD d'une quarantaine de places qu'il transforme en Unité d'hospitalisation de moyenne durée. En contrepartie, 70 places d'EHPAD vont ouvrir à Malemort, à proximité de Brive, mais cela n'est pas encore concrétisé. Cette difficulté, pour partie conjoncturelle, empêche le dispositif de se déployer au-delà des 3 places négociées.

¹⁶ Instance de coordination de l'autonomie, relais local de la Maison de l'autonomie de Corrèze, présente sur chaque canton.

Ce dernier point illustre l'interaction de Paerpa avec d'autres politiques, en l'occurrence la politique EHPAD de l'ARS sur le territoire. La difficulté de déploiement peut donc aussi venir du besoin de **ré-agencer partiellement la politique générale des EHPAD** pour y insérer un nouveau type de service, d'accueil de nouvelles populations en transition et de relation multi-institutionnelles. Ces évolutions structurelles sont donc à travailler au-delà même de l'équipe projet Paerpa.

On a donc pu observer sur quelques territoires la pertinence d'un tel dispositif pour la sécurisation des parcours entre l'hôpital et le domicile, le temps passé par le patient en EHPAD pour récupérer des facultés étant également utilisable pour adapter le domicile et les services de soutien au patient. Ce dispositif à l'interstice entre hôpital et domicile implique cependant un travail spécifique que les territoires précurseurs semblent avoir stabilisé aujourd'hui.

6.2. Le renforcement des SAAD et des SSIAD en sortie d'hospitalisation

En sortie d'hospitalisation, des patients peuvent voir leurs facultés temporairement affectées, le temps d'une rééducation par exemple. Pour y répondre, il était possible dans le cahier des charges Paerpa de proposer un renforcement temporaire des services au domicile, soit par des SAAD, soit par des SSIAD.

La mesure n'a pas pu être étudiée de manière systématique dans le cadre de nos travaux. Nous présentons ici un retour sur deux territoires, un pour chaque type de renforcement (SAAD à Nancy et SSIAD en Basse Corrèze).

À **Nancy**, le retour au domicile est organisé après une visite à l'hôpital en binôme associant l'IDE de la CTA « hôpital » (issue de « l'article 70 de la LFSS 2012 ») et le service PA-PH¹⁷ du Conseil départemental (ex-CLIC). Cela permet de pallier à des situations compliquées mêlant aspects sanitaires et sociaux. Il est également nécessaire que la personne âgée donne son consentement écrit au partage d'informations au-delà du corps des médecins, ce qui occasionne 25 à 30 % de refus. Le calage avec les services à domicile a pu être délicat au début, notamment pour que ces derniers répondent dans un délai de 24h à 48h à la demande faite. Les choses se sont précisées et formalisées ensuite et nous avons pu observer une montée en charge rapide. Commencée en novembre 2014, le renforcement du SAAD en sortie d'hospitalisation a vu le nombre d'actions réalisées passer de 72 à 130 entre décembre 2015 et mai 2016, soit une augmentation de 80 % sur le dernier tiers de la période d'expérimentation au moment de notre étude de ce territoire.

En matière de financement, la possibilité de récupérer les heures de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie durant la période d'hospitalisation pour financer tout ou partie du renforcement du SAAD a été évoquée par un acteur rencontré. Elle nous semble mériter une instruction car elle faciliterait la pérennisation d'une action qui est apparue pertinente sur le territoire du Grand Nancy.

En **Basse Corrèze**, l'orientation s'est portée sur la possibilité de proposer des services de SSIAD renforcé en sortie d'hospitalisation. Dans les travaux préparatoires à la réalisation de la feuille de route, il était mentionné un manque de réactivité lors des situations urgentes et le souhait d'avoir des plages d'intervention étendues de la part des SSIAD. Selon les services sociaux de l'hôpital, les sorties sont d'autant plus précaires depuis la mi-2015 qu'il est très compliqué d'obtenir une place en SSIAD rapidement, du fait visiblement d'un souci d'organisation territoriale avec des périmètres d'intervention à revoir entre les différents SSIAD.

Cinq places d'urgence SSIAD ont été conventionnées depuis octobre 2014 avec 3 SSIAD différents. L'action ne consiste pas dans l'augmentation du nombre de places de SSIAD, dont certaines seraient dédiées à l'urgence. L'ambition de l'action est l'**augmentation de l'amplitude horaire d'intervention et en urgence**. Les SSIAD sont rémunérés pour l'augmentation des heures de personnel associées à raison de 13 700 par an pour une place.

¹⁷ Personnes âgées-Personnes handicapées.

Le SSIAD d'urgence en sortie d'hospitalisation peut durer au maximum un mois. Durant cette période, le patient peut faire l'objet d'une évaluation gériatrique et d'un PPS. Le service semble répondre à des besoins clairement identifiés, même si devant être évalués plus finement dans les mois à venir. Toutefois, la situation de saturation des SSIAD rend délicat le déploiement plus généralisé de cette action à ce stade.

Comme pour l'hébergement temporaire en EHPAD, un tel déploiement demande un **travail précis des critères d'inclusion et des procédures entre les différents acteurs impliqués**. C'est une condition qui se révèle à nouveau déterminante pour la poursuite du maintien à domicile une fois la période de renforcement des services de SAAD ou de SSIAD échue. D'ailleurs, il est souhaitable qu'en sortie d'hospitalisation puissent être envisagés à terme sur chaque territoire des placements temporaires en EHPAD tout comme des services renforcés au domicile selon des critères d'inclusion et une procédure incluant l'ensemble des dispositifs d'orientation possibles. Les personnels des CTA, d'un niveau de chef de projet ou de médecin ont un rôle important à jouer dans ce type d'articulation fine d'acteurs habitués à agir dans des périmètres étanches. L'ouverture de ces derniers requiert donc un travail d'élaboration et de suivi rapproché des structures, *a fortiori* dans un contexte de crise du financement des SAAD.

6.3. Des astreintes IDE de nuit dont les modalités sont à ajuster

L'objet de la mesure dite d'« astreinte IDE de nuit » est de renforcer les compétences mobilisables en EHPAD alors que seules des aides-soignantes y sont souvent présentes les nuits, et en faible nombre. Pour éviter des orientations vers les services de secours et *in fine* vers les urgences hospitalières, il était proposé d'expérimenter la mutualisation d'une IDE pour plusieurs EHPAD. Lorsqu'elle a été déployée, **cette mesure n'est pas toujours apparue facile à mettre en œuvre pour des raisons de volonté des EHPAD**, qui doivent alors travailler entre eux, **ou de difficulté à ajuster le service à des besoins clairement identifiés et travaillés collectivement dans des procédures**.

Ainsi, à **Bordeaux** 4 postes d'IDE de nuit ont été créés en 2015 pour assurer une permanence de soins infirmiers de nuit sur 23 des 25 EHPAD du territoire. À la date d'avril 2016, 99 interventions ont été effectuées dans ce cadre, soit sur prescriptions anticipées, soit en urgence. Ces postes sont positionnés sur 4 EHPAD qui participent également au développement de la mesure d'hébergement relais en urgence (*cf.* hébergement temporaire d'urgence *supra*).

Dans le **Valenciennois-Quercitain**, une IDE de nuit en EHPAD a été mise en place à partir de juin 2015. Elle est positionnée dans un EHPAD.

Sur d'autres territoires, l'astreinte de nuit IDE en EHPAD a reçu un accueil mitigé de la part des porteurs potentiels, ce qui a pu engager des dynamiques originales. Il en va ainsi de la Basse Corrèze et de la Mayenne.

En **Basse Corrèze**, les EHPAD ne se sont pas montrés volontaires pour mettre en œuvre cette mesure. Pourtant, depuis octobre 2016 est expérimentée une forme alternative d'action dont il sera intéressant d'évaluer les effets. **Un infirmier ayant des compétences gériatriques spécifiques est présent au service des Urgences** du centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde de 19h30 à 7h30. Ce poste vise tout d'abord à intervenir directement en EHPAD pour des actes programmés ou en urgence afin d'éviter le recours au « 15 » et les passages non pertinents aux Urgences. Mais, étant positionné à l'hôpital, ce poste permet également d'accompagner les retours au domicile de nuit, afin de faciliter et de sécuriser l'installation du patient, mais aussi de s'assurer de la bonne transmission des informations auprès des intervenants de ville habituels. S'il est encore tôt pour en évaluer l'efficacité et l'insertion dans le paysage local, la démarche en elle-même est intéressante car on observe ici une élaboration alternative originale, qui s'appuie sur le rôle moteur du centre hospitalier dans la dynamique locale.

En **Mayenne**, dans le sud du département, le centre hospitalier du Haut Anjou, situé à Château-Gontier, a mis en place l'astreinte de nuit IDE. Pourtant, cela a nécessité un travail spécifique pour que le dispositif trouve sa place sur un territoire qui apparaît relativement bien doté. En effet, il existe déjà un système de permanence des soins satisfaisant. Les médecins traitants sont souvent très disponibles et se déplacent de nuit pour leurs patients. En

outre, dans le cadre de l'ADOPS (Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins), une permanence des soins 24h/24 a été mise en place au niveau départemental. De ce fait, les EHPAD sont initialement peu réceptifs à la sollicitation et l'astreinte IDE ne se met pas en place. Mais eu égard à la démographie médicale et à l'évolution du profil pathologique des patients en EHPAD, il apparaît pertinent de travailler à une évolution du système existant. C'est ainsi que les porteurs de projet au sein du centre hospitalier de Château-Gontier ont travaillé avec les médecins responsables de la permanence de soins de nuit pour élaborer le **positionnement d'une IDE d'astreinte de nuit sur des cas « intermédiaires »**. On observe ainsi la manière dont une mesure Paerpa peut être territorialisée à partir d'un travail spécifique d'ingénierie, point qu'il convient de souligner. Cette latitude, outre une pertinence potentiellement accrue du dispositif, peut aller de pair avec une utilisation des ressources financières limitant les effets d'aubaine.

À côté de ces développements d'astreinte d'IDE de nuit en EHPAD, **deux initiatives pour des interventions à domicile** ont été lancées, respectivement à Bordeaux et dans le Valenciennois-Quercitain. Même si notre champ d'investigation reste limité sur ces initiatives, les résultats apparaissent mitigés lors de nos visites fin 2016.

À **Bordeaux**, une astreinte a été mise en place pour faire assurer par des infirmiers libéraux des soins infirmiers de nuit, de 20h à 8h du lundi au vendredi. L'objectif est d'éviter des hospitalisations inadéquates et de décharger les services d'urgences. Ce dispositif se révèle cependant peu utilisé au moment de notre étude en septembre 2016, puisque seules 7 interventions ont été réalisées entre octobre 2015 et avril 2016.

Dans le **Valenciennois-Quercitain**, une offre de soins infirmiers de nuit, programmés ou non programmés, a été mise en place en juin 2015 et portée par un SSIAD. Initialement intitulée SSIAD de nuit, elle fut renommée équipe mobile d'infirmier à domicile de nuit (EMINAD). Le dispositif semble avoir eu des difficultés à trouver son positionnement, d'abord parce que des soins inadaptés (*nursing*) ont été demandés dans ce cadre, ensuite du fait d'une certaine hostilité des IDE libéraux au dispositif assuré par un SSIAD.

La mesure d'astreinte IDE de nuit en EHPAD ne fait pas l'objet d'un enthousiasme marqué sur de nombreux territoires de l'expérimentation, ceci ayant peut-être à voir avec le portage salarial demandé aux EHPAD pour la mise en œuvre de la mesure. Les cas de la Mayenne et de la Basse Corrèze semblent indiquer que les centres hospitaliers peuvent également être pertinents pour porter ce genre d'action interstitielle entre le monde hospitalier et les EHPAD.

6.4. Des avancées en télémédecine pertinentes lorsque déployées

L'usage de la télémédecine en EHPAD n'est pas une nouveauté. Paerpa a cependant offert des moyens spécifiques pour accélérer le déploiement de la télémédecine dans certains EHPAD, même s'il importe de souligner une hétérogénéité marquée de ces derniers en la matière. Comme les autres actions décrites précédemment mettant en relation deux acteurs aux logiques et contraintes différentes, l'hôpital et l'EHPAD, un travail spécifique d'élaboration des procédures est nécessaire et peut faire l'objet d'ajustements durant les premiers temps.

Voici tout d'abord quelques éléments généraux à partir des cas de 3 territoires : Bordeaux, le Valenciennois-Quercitain et le Grand Nancy. À **Bordeaux**, l'action a pour objectif de permettre des consultations spécialisées en EHPAD sur 6 thématiques : plaies chroniques, troubles du comportement chez le patient dément, trouble psychiatriques de la personne âgée, démarche éthique, soins palliatifs, gériatrie. À la date d'avril 2016, 10 établissements sont équipés sur les 18 prévus et 12 consultations ont eu lieu.

Sur le territoire **valenciennois**, le programme est déployé depuis fin 2014 et implique 8 EHPAD et 2 centres hospitaliers. Entre début 2015 et juin 2016, 208 dossiers ont été traités. Il faut néanmoins noter que cette mesure est la poursuite d'un programme lancé avant Paerpa, dès 2013, dans une concertation entre établissements hospitaliers et EHPAD, programme qui a été réintégré dans Paerpa au moment où celui-ci a été lancé.

Sur le **Grand Nancy**, la téléconsultation fait partie des actions Paerpa qui se déploient de manière robuste. Depuis la fin du mois de juin 2014, soit peu après la validation de la feuille de route par le comité stratégique, 2 EHPAD expérimentent ce dispositif, rejoints par 2 autres en février 2015 puis par un cinquième. 150 consulta-

tions ont été réalisées entre avril 2015 et janvier 2016 auprès d'environ 70 personnes âgées. Avec l'appui technique du GCS Télésanté Lorraine, des protocoles de téléconsultation programmée en gériatrie ont été élaborés. Ce sont essentiellement les personnels des EHPAD qui sont à l'origine d'une demande de téléconsultation (infirmière et médecin coordonnateur), plus rarement le médecin traitant ou la famille.

En ce qui concerne le protocole, un créneau d'une demi-journée est bloqué chaque semaine et des demandes ponctuelles spontanées peuvent être faites au besoin, même si leur réalisation est plus aléatoire.

Les champs d'actions appréhendés sont la dermatologie, les troubles du comportement, la réfection d'ordonnance et les douleurs. Selon les médecins interrogés, l'apport du non-déplacement pour les personnes âgées est très important, surtout pour les personnes désorientées et aucun refus n'avait encore été observé. En outre, la télémedecine permet d'améliorer l'homogénéité de traitement des personnes âgées en EHPAD, et l'avis d'un spécialiste donne du poids au médecin coordonnateur dans sa relation avec les médecins traitants. Des apports connexes sont à souligner : prise de connaissance respective du patient et du médecin en amont d'une hospitalisation et implication de la famille, ce qui permet de désamorcer certaines situations. Enfin, dans l'EHPAD étudié, la téléconsultation était également expérimentée pour discuter et optimiser les ordonnances en présence du patient.

La principale source de difficultés est relative à la dépendance à certains personnels identifiés dans les EHPAD, médecin coordonnateur ou infirmière coordinatrice, formés à cette pratique. Si l'une ou l'autre des ces personnes n'est plus là, la téléconsultation n'est plus possible à réaliser. Or de nombreux EHPAD souffrent aujourd'hui d'un tel déficit ou d'un turnover important. Côté hospitalier, avoir plusieurs médecins pouvant intervenir est également nécessaire pour assurer une continuité du service.

La téléconsultation apparaît donc comme un **mode de déclouonnement pertinent entre les EHPAD et l'hôpital, qui vient renforcer la qualité des soins et soutenir les équipes soignantes des EHPAD**, ce qui peut contribuer à limiter les déplacements en hôpital.

PRINCIPAUX APPORTS DE L'ÉVALUATION SUR LES DISPOSITIFS INTERSTITIELS ENTRE HÔPITAL ET VILLE/EHPAD

Les dispositifs transitoires et interstitiels entre hôpital et ville-EHPAD sont au cœur d'une visée de Paerpa, le déclouonnement des secteurs et des lieux d'exercice.

Les dispositifs ne sont pas déployés de manière uniforme sur le territoire. Deux ont pu être observés à quelques endroits : l'hébergement temporaire d'urgence en sortie d'hospitalisation et le renforcement d'urgence des SSIAD ou SAAD en sortie d'hospitalisation.

Deux conditions apparaissent nécessaires : une externe, l'existence de places disponibles (EHPAD, SSIAD, SAAD) dont le dimensionnement dépend de politiques plus larges que Paerpa, et une interne, l'investissement dans une ingénierie du fonctionnement du dispositif. Ce dernier demande un investissement initial pour élaborer la procédure d'inclusion, de mobilisation et d'articulation des partenaires, dont les cultures, les besoins et les pratiques sont décalés.

Lorsque les dispositifs ont fait l'objet d'un déploiement accompagné et suivi, les retours sont positifs. Ils offrent bien de nouvelles possibilités de parcours aux personnes âgées fragilisées, avec des transitions où le soutien est renforcé.

Le retour à domicile post-hébergement temporaire est de l'ordre de 75 % si les critères d'inclusion sont bien travaillés.

L'astreinte IDE de nuit mutualisé sur plusieurs EHPAD se déploie également de manière hétérogène et l'évaluation manque d'éléments approfondis. Dans certains territoires, le positionnement d'IDE dans des EHPAD s'est réalisé sans trop de difficulté, alors que ces derniers ont pu être plus défiant ailleurs. En Basse Corrèze, le positionnement d'une IDE aux Urgences de l'hôpital est expérimenté pour couvrir les besoins des EHPAD et les retours à domicile nocturnes.

Le renforcement de la prise en charge sanitaire en EHPAD par la télémedecine fait ses preuves (préparation ou suivi d'hospitalisation en particulier), même si l'hétérogénéité de maturité entre EHPAD existe. Le dispositif exige également un travail du côté hospitalier afin d'assurer une continuité de service. Côté EHPAD, une des difficultés est liée à la vacance ou à la forte rotation des postes de médecin coordonnateur ou d'infirmière coordinatrice.

POINTS DE RECOMMANDATION POUR LA SUITE

Travailler en amont l'articulation avec des politiques connexes dans lesquelles sont impliquées les ARS afin de faciliter le déploiement de l'expérimentation et l'apprentissage d'un déclouonnement partiel entre l'hôpital et les EHPAD

La mise en œuvre doit faire l'objet d'un travail spécifique de définition des procédures et processus, des critères d'inclusion, ainsi que des rôles de chacun afin d'assurer une mise en œuvre effective des modes opératoires définis. Ces derniers doivent faire l'objet d'un suivi les premiers mois et d'ajustements si cela s'avère nécessaire.

Identifier ou constituer un acteur pertinent et légitime pour accompagner ce processus et faire converger des acteurs se découvrant souvent, puis réguler l'articulation entre ces derniers : ce peut être le chef de projet ou le responsable de la CTA ou un médecin de la CTA selon les cas non exhaustifs.

Envisager de faire porter l'astreinte infirmière de nuit auprès des patients en EHPAD par les centres hospitaliers plutôt que par les EHPAD. Cela peut permettre de travailler la sécurisation des retours à domicile en sus des interventions en EHPAD. C'est également un moyen de renforcer l'ouverture de l'hôpital sur la ville.

■ CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'expérimentation Paerpa est un programme dont le champ d'action est large, c'est d'ailleurs là un des enjeux d'arriver à reconfigurer les acteurs autour du parcours de la personne âgée fragilisée. Suivant l'historique, la gestion de projet et les choix locaux des territoires, des déploiements et des dynamiques relativement contrastées ont pu être observées. Dans l'ensemble un mouvement positif est engagé, donnant à voir des perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours et un décloisonnement des différentes parties prenantes.

Nos travaux permettent de souligner, avant même d'évaluer des actions spécifiques visant une meilleure prise en charge, l'importance d'une gouvernance adaptée et d'un pilotage de projet suffisamment doté et installé. Même si le besoin de décloisonnement est identifié depuis longtemps, la nature transversale d'un programme comme Paerpa percute les logiques traditionnelles de fonctionnement isolé des secteurs sanitaire, médico-social et social, et de la séparation entre ville et hôpital. Le nombre d'acteur à impliquer monte rapidement à plusieurs dizaines, devant faire l'objet de prises de contact souvent bilatérales et devant être réunis. D'ailleurs, indépendamment de la volonté propre des acteurs, ces derniers se découvrent souvent à l'occasion de Paerpa, y compris leurs champs de compétences respectifs au-delà des questions de personnes. Un des premiers apports du programme Paerpa réside donc dans cette première étape de décloisonnement, préalable à des actions impliquant différentes parties prenantes. Il est apparu clairement que ce type de démarche demandait un pilotage de projet à la mesure des attentes et des enjeux du programme Paerpa. Relativement nouveau pour de nombreuses ARS, le pilotage de ce type de projet, au champ d'action large et devant être mené sur un temps ramassé, ne peut aboutir sans la mise en place d'un pilotage de projet approprié dont les principaux points sont les suivants :

- une équipe-projet suffisamment étoffée en compétences et en soutien administratif au chef de projet ;
- un chef de projet légitimé par le directeur général de l'ARS, qui possède (ou dont un membre important de l'équipe possède) une connaissance préalable du territoire et idéalement de ce type de programme expérimental.

Les ARS sont elles-mêmes amenées à évoluer par l'introduction de logiques de parcours de santé alors qu'elles sont traditionnellement elles-aussi organisées par champs distincts. Un fort appui des directions générales apparaît à cet égard indispensable pour que la logique de tels projets soit légitimée et qu'à côté du rôle de tutelle les directions d'ARS s'imprègnent également de modes d'action partenariaux incontournables à un programme comme Paerpa.

Les efforts engagés par les ARS sont un investissement initial qui permet de faire levier sur des décloisonnements internes aux ARS, de nouvelles relations avec les professionnels et les institutions et l'introduction de nouveaux dispositifs de prise en charge des personnes âgées fragiles.

Ce besoin d'articuler différents programmes, soit leurs interactions (ex : filières de GHT à l'hôpital et Paerpa), soit leur complémentarité (ex : Paerpa et MAIA), demande également une évolution des modalités de pilotage nationales des politiques. L'articulation entre différentes expérimentations et politiques est apparue très locale, ce qui limite parfois les capacités de déploiement et les rend plus dépendantes de relations interpersonnelles. Un des enjeux à venir, pour appuyer les capacités d'ingénierie territoriale mais aussi l'envoi de signaux marqués d'une évolution structurelle des politiques nationales vers les parcours de santé, réside donc également dans l'adaptation administrative des moyens de l'État au service de ces politiques publiques.

Concernant la mise en place de plans personnalisés de santé (PPS), nous ne saurions omettre de rappeler en conclusion que l'incitation financière n'est pas apparue comme un moteur premier de sa production. Tout en tenant compte de l'hétérogénéité des positions et des attentes des professionnels de santé individuellement, l'implication de ces derniers, et tout particulièrement des médecins généralistes comme « pivot » de la prise des parcours de personnes âgées fragiles, est apparue le plus souvent motivée par l'accès à des services offrant des réponses nouvelles face aux situations rencontrées.

Ainsi, l'usage des PPS est varié, allant de l'autonomie complète des CCP à un soutien appuyé de la CTA dans lequel le médecin traitant adapte et valide ce qui est établi. Il a été également constaté que l'outil PPS en tant que tel servait dans certains cas de support à la coordination des professionnels comme attendu, mais dans d'autres cas comme vecteur de sollicitation de la CTA pour la mise en place de services auprès de patients fragilisés. Il apparaît que la réduction des scripts d'usage serait actuellement dommageable à la mobilisation et à l'entrée de nombreux professionnels de santé libéraux dans des interactions avec la CTA et de manière plus générale avec d'autres professionnels. Face à l'ampleur des évolutions souhaitées et partiellement engagées, la poursuite de multiples modes d'interactions possibles apparaît prometteuse. Ceci implique par endroit de réviser le dimensionnement des ressources des CTA afin qu'elles soient en capacité de répondre aux sollicitations des professionnels de santé, pas uniquement *via* le PPS, et d'assurer le suivi des PPS. Ainsi, la CTA apparaît comme un organe de décloisonnement entre le médecin traitant, les autres professionnels de santé libéraux, dans une certaine mesure le monde hospitalier, les EHPAD et des structures sociales. L'apport de la CTA repose beaucoup sur la réactivité et la capacité à offrir des services répondant aux besoins des médecins généralistes libéraux. L'ébauche ainsi engagée nous semble devoir être préservée et renforcée. La capacité de la CTA à s'adapter à la variété des demandes est un élément important de son insertion positive sur le territoire couvert.

La mobilisation des professionnels libéraux dans le cadre des expérimentations Paerpa gagne à ne pas être exclusivement ciblée sur les URPS et leurs représentants, ou inversement sur des "leaders proactifs locaux" et leurs réseaux. En termes de gestion de projet, un certain pragmatisme doit prévaloir, chaque type de mobilisation présentant des avantages et des inconvénients. Un point très important est de viser une mobilisation raisonnable d'acteurs très pris par ailleurs et surtout de les mobiliser lorsque le projet est mûre pour leur être utile, soit en phase de conception sur des actions spécifiques, soit en phase de déploiement lorsque les outils et les services sont prêts à être employés.

Le champ hospitalier semble résister à une mobilisation dans le programme Paerpa au-delà de la gériatrie et des urgences. Les équipes mobiles de gériatrie intra- et extra-hospitalières confirment leur intérêt mais ne suffisent pas à décloisonner des services qui restent autonomes par ailleurs. Une réflexion sur l'insertion de Paerpa dans des programmes stratégiques de transformation hospitalière est à instruire, tout comme une éventuelle adaptation de la durée moyenne de séjour pour la population âgée fragile, en échange d'un décloisonnement entre la gériatrie et les services concernés.

Plusieurs dispositifs interstitiels autour de la sortie d'hospitalisation sont en cours d'expérimentation. Que ce soit vers les EHPAD en hébergement temporaire ou vers le domicile par un renforcement des services de SAAD ou de SSIAD, ces services semblent bien répondre à des besoins mais demandent des efforts d'ingénierie initiaux et de suivi pour travailler les critères d'inclusion et les procédures d'articulation entre des acteurs aux temporalités et aux cultures différentes qui sont alors amenés à se coordonner.

Les systèmes d'information collaboratifs représentent un pan budgétaire important et mobilisent beaucoup les acteurs projets. Ils sont apparus indispensables mais les délais très longs, et les résultats parfois encore insatisfaisants, ont pesé sur la montée en puissance de plusieurs actions, de la CTA et de la mobilisation des professionnels de santé libéraux. Il existe une tension entre le possible développement d'un outil relativement générique, mais pouvant être un peu décalé des besoins locaux, et un développement très localisé, au risque qu'il peine à s'articuler à d'autres programmes. C'est un point qui est à instruire dans la perspective des extensions en cours et d'une convergence souhaitable avec d'autres programmes en cours.

Le champ de cette évaluation qualitative présente une première limite, de nature temporelle : l'équipe de recherche est intervenue relativement en amont du déploiement, courant 2016. Les difficultés rencontrées dans le déploiement des systèmes d'information ont parfois retardé le déploiement réel ou la montée en puissance d'actions de la feuille de route. Toutefois, cela doit bien être interprété comme un point d'étape et l'étude d'une trajectoire sans prédire de la suite. Grâce à des échanges de suivi lors de nos rendus de travaux monographiques, nous avons ainsi pu observer que des blocages ou des déblocages pouvaient intervenir rapidement et que dans ce dernier cas les choses pouvaient évoluer rapidement.

Il présente également des limites d'observations : nous n'avons pas pu observer de manière détaillée l'ensemble des actions engagées dans les programmes Paerpa locaux. Les processus de déploiement des programmes, la mise en place de la gouvernance et la CTA ont été les angles d'analyse approfondie privilégiés, même si nous

avons saisi les opportunités d'observation spécifiques sur certains territoires. On notera également que le point de vue des usagers non professionnels est absent de nos travaux. Parfois difficiles à rencontrer, cela est également à mettre en regard d'une absence assez marquée de ceux-ci des processus de déploiement observés en dehors de certains groupes de travail.

Notre travail d'évaluation qualitative gagnerait également, selon nous, à être prolongé dans au moins deux directions :

- Une analyse du contenu des PPS et de leur concrétisation : comme indiqué en partie 2, l'utilisation des PPS est variable et leur contenu, au-delà de leur dénombrement pour liquidation, nous semble un axe important d'investigation afin de corroborer ou d'infirmer les trois modes d'usage relevés dans ce travail. Certaines régions ont peut-être initié un tel travail, il serait utile de le coordonner au niveau national car il s'agit d'un axe fort affiché du programme Paerpa et un point d'observation de potentielles nouvelles pratiques.
- Même si une évaluation quantitative des impacts de Paerpa est préparée, elle gagnerait à être complétée par une étude fouillée de l'expérience des patients et des professionnels, comme prévu dans le cahier des charges de projets pilotes Paerpa (p. 31). Certains territoires ont là-aussi engagé des initiatives locales qui gagneraient à être coordonnées.

Au terme de ce travail d'évaluation des premières élaborations et mises en œuvre du programme Paerpa dans 9 territoires, il nous apparaît important de remettre en perspective le mouvement engagé. Des écarts existent entre ce que le cahier des charges initial prévoyait et un certain nombre de réalisations, mais cette phase exploratoire a permis de confirmer un certain nombre de points et d'enseignements, à commencer par le soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la CTA, par la découverte respective de pratiques professionnelles auparavant ignorées, par l'intérêt manifeste de dispositifs interstitiels entre hôpital et EHPAD ou domicile,... Toutefois, l'ampleur du mouvement engagé ne peut se jauger sur une temporalité aussi courte, de l'ordre de 2 à 3 ans. Le mouvement engagé semble très prometteur dans la plupart des territoires étudiés mais il est aussi clairement apparu que le temps était une donnée en partie incompressible pour transformer les pratiques et les organisations comme il l'est ambitionné à travers le programme Paerpa. Le temps est notamment nécessaire pour travailler sur le repositionnement des différents professionnels les uns par rapport aux autres car les dynamiques de parcours font bouger les frontières et ce peut être déstabilisant. Un des enjeux est également d'articuler au niveau national les différentes politiques publiques visant l'amélioration des parcours de santé, travail que doivent de toutes les façons réaliser les acteurs territoriaux, au risque parfois de blocages. À travers cette articulation pourrait s'expérimenter également le décloisonnement de certains financements en direction des parcours de santé. Dans la perspective d'un élargissement du programme Paerpa, un enjeu sera de penser les contours d'une hétérogénéité raisonnée, c'est-à-dire appuyée sur les besoins spécifiques d'un territoire et de ses acteurs, et non sur la réinvention systématique de tous les dispositifs. En ce sens, l'organisation du transfert de bonnes pratiques, incluant la compréhension des conditions d'existence de telle ou telle forme de dispositif, apparaît comme un enjeu essentiel du développement de ce type de programme.

DOCUMENT DE TRAVAIL

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
