

# Mettre en place la coordination territoriale d'appui

## Retour d'expériences des territoires PAERPA

METTRE  
EN ŒUVRE  
ET PARTAGER



---

**Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :**

**ANTICIPER ET COMPRENDRE** une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

**DIAGNOSTIQUER** et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

**METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER** leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.

---



**Axelle Pruvot**

[axelle.pruvot@anap.fr](mailto:axelle.pruvot@anap.fr)

**Pauline Pichereau**

[pauline.pichereau@anap.fr](mailto:pauline.pichereau@anap.fr)

**Élise Prout**

[elise.proult@anap.fr](mailto:elise.proult@anap.fr)

**Marie-Dominique Lussier**

[marie-dominique.lussier@anap.fr](mailto:marie-dominique.lussier@anap.fr)

# Résumé

L'accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dans l'expérimentation sur les parcours des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) a abouti à la parution de plusieurs guides. Le présent document s'inscrit dans cette démarche et concerne la mise en place de la Coordination territoriale d'appui (CTA).

Cette publication est issue du retour d'expériences des neuf territoires PAERPA, et présente les caractéristiques de mise en place d'une coordination territoriale d'appui en matière d'organisation, d'actions mises en œuvre, ainsi que sur la mise en liens entre les différents acteurs, et ce, à travers le regard des pilotes des coordinations territoriales d'appui.

Il s'agit d'une première analyse des organisations d'appui, visant à apporter un éclairage aux chefs de projet en Agence régionale de santé (ARS) ainsi qu'à l'ensemble des acteurs en charge de la mise en œuvre d'une démarche similaire. Elle aura également vocation à alimenter les réflexions à venir sur cette thématique.

L'analyse des retours d'expériences a ainsi permis de réaliser un point d'étape sur la mise en place des coordinations territoriales d'appui sur les territoires PAERPA, à travers trois dimensions :

- **Les objectifs et modalités pratiques de mise en place** : L'ARS, en concertation avec les acteurs du territoire, détermine les conditions stratégiques et opérationnelles de la mise en place de la CTA à partir du cadre national;
- **Les apports de la CTA sur le territoire au bénéfice des professionnels et des usagers** : Les pilotes pointent notamment son rôle au service du décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social, de l'amélioration de la lisibilité pour les professionnels et usagers, et de l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles;
- **Les défis de la CTA permettant de poursuivre la mise en œuvre de ses objectifs** : Les pilotes poursuivent la montée en charge de la CTA afin de contribuer à la pérennisation de son fonctionnement, à l'amélioration de la qualité des processus, et à la poursuite de la démarche d'acculturation et d'intégration.

Cette analyse de la mise en place des CTA met également en exergue les facteurs de réussite de cette démarche, tels que sa co-construction avec l'ensemble des acteurs concourant à l'organisation des missions d'appui, pour répondre au mieux aux besoins des professionnels et des usagers.

3

## Summary

Support from the National Support Agency for Medico-Social and Healthcare Performance [Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux (ANAP)] in testing care pathways for the elderly at risk of loss of autonomy [Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)] has led to the publication of several guides. This document is part of that initiative and concerns the establishment of Regional Coordination Support [Coordination territoriale d'appui (CTA)].

This publication contains feedback from nine PAERPA regions and outlines the characteristics for implementing regional coordination support in relation to organisation, actions taken, and establishing links between different stakeholders, all from the perspective of pilots from the regional coordination support programme.

This is an initial analysis of support organisations, which aims to provide insight to project leaders at the Regional Health Agency [Agence régionale de santé] (ARS)], as well as stakeholders that are taking similar approaches. It shall also serve as a basis for further discussions on this topic.

The analysis and feedback also allows the set-up of regional coordination support for PAERPA regions to be reviewed across three dimensions:

- **Implementation goals and practical procedures**: The ARS, in cooperation with regional stakeholders, determines the strategic and operational conditions for setting up the CTA under the national framework;
- **CTA contributions for professionals and users in the region**: The pilots particularly highlight their role in decompartmentalising medico-social, social and healthcare sectors, improving legibility among professionals and users, as well as managing changing professional practices;
- **The challenges of the CTA will help further implement objectives**: The pilots are continuing to expand so that they may contribute to sustaining their operation, improving process quality and taking further steps towards cultural modification and integration.

This CTA set-up analysis also highlights the success factors of this approach, such as its joint development with all stakeholders involved in organising support projects, so as to better address the needs of professionals and users.



# Sommaire

<b>Préface</b>	<b>p. 7</b>
<b>Introduction</b>	<b>p. 8</b>
<b>Les objectifs et les missions de la CTA</b>	<b>p. 10</b>
<b>Les modalités de mise en place</b>	<b>p. 12</b>
Bâtir sur l'existant	p. 13
Choisir la structure porteuse	p. 15
Adapter les ressources humaines	p. 15
<b>Les apports de la CTA : point d'étape</b>	<b>p. 18</b>
Un décroisement des secteurs sanitaire, médico-social et social	p. 19
Une meilleure lisibilité à travers la mise en cohérence des dispositifs	p. 20
Une contribution au changement des pratiques professionnelles	p. 20
<b>Les défis de la CTA : point d'étape</b>	<b>p. 24</b>
La nécessaire pérennisation du fonctionnement de la CTA	p. 25
L'amélioration de la qualité des processus	p. 26
La poursuite de la démarche d'acculturation et d'intégration	p. 27
<b>Annexes</b>	<b>p. 28</b>
<b>Glossaire</b>	<b>p. 29</b>
<b>Remerciements</b>	<b>p. 30</b>



## Préface

« À l'instar des Coordinations territoriales d'appui (CTA) présentées dans cette publication de l'ANAP, nous constatons dans les territoires la démarche de convergence en cours tant attendue par tous les acteurs. Les différentes missions décrites et actuellement portées par les divers dispositifs que nous représentons trouvent ici un point d'orgue au regard de la mise en œuvre de la coordination des parcours de santé. Nous restons cependant vigilants à ce que ces différents dispositifs tout autant que les CTA ne soient pas ressentis ni vécus par les acteurs de terrain et les usagers comme des structures superposées. Ceci implique de s'assurer de la complémentarité de leurs missions et d'imposer la formalisation de leurs coopérations, sans redondance. Nous partageons les objectifs stratégiques de déploiement des CTA au sein de l'expérimentation PAERPA, en particulier afin d'améliorer les parcours des personnes âgées grâce à une coordination renforcée des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Les modalités pour les atteindre doivent entrer en synergie et non en dissonance, ce qui passe notamment par la recherche d'une cohérence de gouvernance à tous les niveaux d'action et d'organisation.

7

L'accueil, la première évaluation, et la mise en relation *via* un CLIC, la coordination d'appui des parcours par un RESEAU, un CLIC de niveau III ou un service de GESTION de CAS, la structuration des acteurs territoriaux en gérontologie *via* la méthode MAIA, la coopération des acteurs pour l'organisation des parcours de santé *via* les CTA du programme PAERPA, et demain au-delà des critères d'âge par les Plateformes territoriales d'appui (PTA), c'est l'évolution du système de santé qui forge un nouveau paysage sanitaire, social et médico-social où chaque acteur peut et doit jouer pleinement son rôle.

Mise en cohérence et articulation entre acteurs, en marche dans les territoires, prennent d'autant plus sens qu'elles s'appuient, comme le prévoient les décrets d'application de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), sur l'existant et sur un portage choisi par ces acteurs, partenaires au quotidien. Cette dynamique renforce enfin chacun d'entre nous dans son rôle et ses missions auprès des personnes et des professionnels, en particulier de soins primaires, et au service des parcours de santé. »



L'ANC.CLIC : Association Nationale  
des Coordinateurs  
et Coordinations Locales



L'UNR Santé : Union Nationale  
des Réseaux de Santé



Le Collectif  
des Pilotes MAIA

## Introduction

L'analyse des principaux facteurs de recours à l'hospitalisation (dénutrition, problèmes liés aux médicaments, chutes et dépressions) montre que de nouvelles organisations, pratiques ou encore prestations (éducation thérapeutique, action de prévention, dispositif de coordination, protocoles de coopérations entre les professionnels...) sont possibles<sup>4</sup>.

Par ailleurs, le niveau anormalement élevé des dépenses individuelles moyennes au grand âge est en partie lié à un défaut d'organisation du système de santé<sup>5</sup>.

### Objectifs

En agissant en amont sur le risque de perte d'autonomie, le programme PAERPA vise à permettre une meilleure approche des parcours en santé. Piloté par la Direction de la sécurité sociale (DSS), il a pour objet d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, en améliorant la coordination entre les différentes prises en charges sanitaires, sociales et médico-sociales, et en évitant le recours abusif à l'hospitalisation, c'est-à-dire de faire en sorte que les personnes reçoivent « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût »<sup>6</sup> (recherche d'efficacité). Sur un plan individuel, il est attendu une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants. Pour les professionnels, cela passe par une adaptation des pratiques professionnelles et un renforcement des échanges d'information.

### Principales caractéristiques et composantes du programme

Le programme PAERPA est mis en œuvre dans neuf territoires pilotes qui testent une démarche et une organisation qui doit par la suite pouvoir être répliquées dans d'autres territoires. Pour ce faire, l'Agence Régionale de Santé et ses partenaires s'appuient sur les acteurs existants.

Dans les territoires, la démarche se déroule en quatre étapes :

- Cadrage (gouvernance, calendrier...);
- Diagnostic territorial partagé avec les acteurs (description de l'existant et identification des priorités);
- Élaboration de la feuille de route, décrivant en particulier l'ensemble des actions à réaliser;
- Mise en œuvre de la feuille de route.

Concrètement, en vue d'assurer la continuité des parcours de santé des personnes âgées, les actions-phare consistent à mettre en place dans les territoires :

- Une équipe de professionnels de santé au plus près de la personne âgée à travers les Coordinations cliniques de proximité (CCP), composées du médecin traitant et d'autres professionnels de santé (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien...); dans le cadre de cette coordination de proximité, il peut être décidé de mettre en place un Plan personnalisé de santé (PPS<sup>9</sup>) qui décrit les actions à mettre en place;
- Une porte d'entrée unique pour répondre aux demandes des professionnels et des personnes âgées avec la Coordination territoriale d'appui (CTA);
- Une optimisation des transitions ville - hôpital - EHPAD, avec notamment le développement de l'hébergement temporaire, des astreintes infirmières de nuit mutualisées, mobilisation de l'expertise gériatrique par les acteurs extérieurs de l'hôpital.
- Des outils et des processus permettant de faciliter la circulation d'information entre les professionnels.

### Rôle de l'ANAP dans le programme

La DSS a sollicité l'ANAP pour appuyer la mise en œuvre de ce programme. Depuis 2013, l'ANAP appuie les neuf Agences régionales de santé (ARS) impliquées dans la mise en œuvre du programme dans les territoires retenus. À fin 2015, les 9 ARS accompagnées avaient achevé le diagnostic préalable à l'élaboration de leur plan d'action et engagé la mise en œuvre des feuilles de route définies avec l'appui de l'ANAP. Outre cet appui, l'ANAP a formalisé une méthode, mis à disposition des outils et publie progressivement différents retours d'expériences dans le but de diffuser ce type d'approche sur l'ensemble du territoire.

L'ANAP participe également aux instances de gouvernance du programme (Comité de pilotage national, Comité scientifique, Comité inter-administrations, Comité de pilotage de l'évaluation, Comité de pilotage des Systèmes d'Information) et aux deux évaluations de cette première phase du programme : une évaluation qualitative de la mise en œuvre et des premiers résultats (DREES, finalisation prévue fin 2016) et une évaluation de ses impacts (IRDES, finalisation prévue pour fin 2017-début 2018).

4 - Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Note « Vieillesse, longévité et assurance maladie », 2010.

5 - Ibidem.

6 - Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, 2011.

7 - Ibidem.

8 - Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA, janvier 2013.

9 - Exemple de PPS complété à partir d'une vignette clinique de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/exemple\\_de\\_pps\\_complete\\_a\\_partir\\_de\\_vignettes\\_cliniques\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/exemple_de_pps_complete_a_partir_de_vignettes_cliniques_web.pdf)



# Introduction

L'objectif de cette publication est de tirer les enseignements du programme PAERPA concernant l'installation des Coordinations territoriales d'appui (CTA).

À partir de l'observation des modalités de mise en place de la CTA dans les neuf territoires pilotes (*cf. monographies*), elle étudie les étapes préalables à sa mise en place, les modalités pratiques et organisationnelles de mise en œuvre de ses missions et la répartition des rôles entre les acteurs qui la composent.

Cette publication, construite en quatre parties, porte notamment sur les sujets suivants :

- ▶ **Les objectifs et les missions ;**
- ▶ **Les modalités pratiques de sa mise en place ;**
- ▶ **Les apports sur le territoire au bénéfice des professionnels et des usagers ;**
- ▶ **Les défis permettant de poursuivre la mise en œuvre de ses objectifs.**

Comme l'ANAP l'avait précédemment souligné dans la publication « Organiser la gouvernance d'un projet Parcours, Retour d'expériences des territoires PAERPA », ce document témoigne de la diversité des situations, en lien notamment avec les caractéristiques de chaque territoire.

Néanmoins, il est possible, à date de la réalisation de ce travail de capitalisation, de tirer de ces expériences diverses des enseignements communs.

Il ne s'agit pas de réaliser une évaluation du fonctionnement des CTA mais de faire un état de leurs modalités d'installation en vue de favoriser la répliquabilité de ce dispositif expérimental.

## Éléments de méthode

Quatre modalités de recueil d'information ont été utilisées :

- ▶ Analyse des documents de travail des territoires (présentation, convention, plaquettes, logigrammes, etc.) ;
- ▶ Entretiens avec des pilotes des structures porteuses des Coordinations Territoriales d'Appui ;
- ▶ Questionnaires auprès de chefs de projet en Agence régionale de santé (ARS) ;
- ▶ Concertation d'un groupe de travail avec l'Association nationale des coordinateurs et coordinations locales (ANCLIC), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Union nationale des réseaux (UNR), le Collectif des pilotes des Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), afin d'analyser les restitutions notamment sur le lien entre les différents dispositifs de coordination voire d'intégration.

Les retours d'expériences ont été réalisés à des temps différents de la vie des CTA entre 3 et 14 mois après leur démarrage effectif ; celles-ci étaient rarement stabilisées. Ils sont également fortement dépendants des spécificités des territoires sur lesquels les Coordinations Territoriales d'Appui sont installées.



## PRÉCAUTIONS DE LECTURE

Ce retour d'expériences est basé sur le Cahier des charges national 2013 (CCN 2013) dont l'évaluation est en cours. Cette publication porte sur la démarche globale de structuration des parcours des personnes âgées sur un territoire et concerne notamment la phase de mise en œuvre. Sa lecture peut être complétée par celle d'autres publications de l'ANAP concernant le projet PAERPA<sup>1</sup>.




## Présentation du programme PAERPA

### Origines

Le manque de coordination dans la prise en charge des Personnes âgées exposées au risque de perdre leur autonomie (PAERPA) constitue l'une des problématiques majeures du système de santé, d'autant plus prégnante au vu des perspectives de vieillissement de la population<sup>2</sup>. Les personnes âgées de 75 ans et plus sont en effet surreprésentées dans les passages aux urgences (DREES<sup>3</sup>), leur durée moyenne de séjour est plus importante, notamment du fait d'une surreprésentation des personnes très âgées dans les séjours longs, voire très longs, qui découle notamment de difficultés à anticiper et organiser la sortie<sup>4</sup> et elles sont plus concernées par les hospitalisations multiples<sup>5</sup>.

1 - Initier un système d'information PAERPA, ANAP, 2015  
Organiser la gouvernance d'un projet Parcours, Retour d'expériences des territoires PAERPA, ANAP, 2016  
Pilote une équipe mobile de gériatrie dans un projet Parcours, Retour d'expériences des territoires PAERPA, ANAP, 2016  
2 - INSEE, Projections de population à l'horizon 2060, octobre 2010 - 11,9 millions de personnes âgées de 75 ans et plus en 2060, contre 5,2 millions en 2007.  
3 - DREES, Le panorama des établissements de santé, 2014 : « les patients âgés de 75 ans ou plus représentent 12 % des passages [aux urgences] (dont 5 % pour les 85 ans ou plus) alors que ces groupes d'âge constituent 10 % (et 4 % de la population générale) ».



—

# 1

—

Les objectifs  
et les missions  
de la CTA

—

## Chapitre 1

### Les objectifs et les missions de la CTA

Dans le but de contribuer au **rapprochement et à la mise en cohérence des approches** sanitaire, médico-sociale et sociale<sup>10</sup>, le projet PAERPA prévoit la mise en place, dans l'ensemble des territoires pilotes, d'une Coordination Territoriale d'Appui. « **Un des acteurs de cette coordination est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre de la coordination territoriale d'appui** »<sup>11</sup>.

Sa création repose sur un principe essentiel de **subsidiarité** : elle ne doit pas entraîner la création d'une nouvelle structure mais doit reposer sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (centres locaux d'information et de coordination-CLIC, réseaux, filières, exercices coordonnés...) et prendre en compte les démarches d'intégration (comme les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie-MAIA) du territoire.

Par ailleurs, la CTA n'intervient que **sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants**; elle n'a pas

vocation à se substituer aux professionnels de proximité mais à les soutenir dans l'organisation de la réponse aux besoins de santé des personnes âgées.

Le cahier des charges PAERPA 2013<sup>12</sup> indique que la coordination territoriale d'appui est chargée, en s'appuyant sur les ressources existantes du territoire, d'assurer sept missions.

En 2016, un nouveau cahier des charges relatif à l'extension du dispositif PAERPA à l'ensemble des régions a été diffusé<sup>13</sup>; ce dernier ramène à quatre le nombre de fonctions d'appui de la CTA.

La présente publication s'appuie sur les informations issues du Cahier des charges national 2013 (CCN 2013).

Il convient toutefois de noter que le Cahier des charges national 2016 (CCN 2016) a été élaboré à partir des premiers enseignements du programme et qu'il reprend globalement l'ensemble des missions prévues lors de la première expérimentation.

Figure 1 : Tableau récapitulatif des missions prévues aux Cahiers des charges 2013 et 2016

Missions de la CTA (CCN 2013)	Missions de la CTA (CCN 2016)
<b>Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, médicosociales et sociales du territoire</b> <b>Information des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants</b> (guichet intégré) Information sur les PAERPA : recensement des noms et coordonnées de la Coordination Clinique de Proximité et possibilité de les communiquer pour éviter une rupture de prise en charge	<b>Information et orientation</b> vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales des professionnels des trois secteurs, des personnes âgées et de leurs aidants
<b>Gestion des Plans personnalisés de santé (PPS)</b> en assistant la Coordination Clinique de Proximité pour l'élaboration du volet soins du PPS notamment dans les situations compliquées ou en cas d'indisponibilité	<b>Appui aux Coordinations cliniques de proximité (CCP)</b>
<b>Adressage vers les aides aux démarches</b> : activation des aides sociales en s'appuyant sur des coordinateurs sociaux qui réalisent toutes les démarches administratives nécessaires	<b>Activation des expertises et prestations sanitaires, médico-sociales et sociales</b>
<b>Adressage vers l'éducation thérapeutique et les paramédicaux</b> à la demande des acteurs de la Coordination Clinique de Proximité sur les 4 facteurs de risque et sur les prestations médicales et paramédicales complémentaires	
<b>Activation de l'expertise gériatrique et optimisation du recours à la filière</b> en s'appuyant sur des coordinateurs sanitaires pour élaborer le Plan Personnalisé de Santé sur saisie ou en absence de la Coordination Clinique de Proximité et optimiser le recours à la filière gériatrique	
<b>Adressage vers l'expertise psy et soins palliatifs</b>	<b>Observance des événements de rupture de parcours</b> (outils et méthodes)
<b>Appui au lien ville-hôpital pour les entrées/sorties d'hospitalisation</b> pour la mise en contact avec les Professionnels de Santé en charge de la personne et avec les coordinateurs sociaux	

10 - « La coordination territoriale d'appui joue, à travers ses fonctions, un rôle décisif dans la structuration des acteurs au niveau territorial ». Projet de Cahier des charges des projets pilotes PAERPA - janvier 2013, DSS :

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc\\_paerpa.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf)

11 - Ibidem, page 10.

12 - Ibidem, page 9.

13 - Cahier des charges relatif à l'extension du dispositif PAERPA - Mars 2016 : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc\\_extension\\_paerpa.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc_extension_paerpa.pdf)



# 2

Les modalités  
de mise en place

## Chapitre 2

### Les modalités de mise en place

## 1. Bâtir sur l'existant

Les Coordinations territoriales d'appui (CTA) se sont mises en place à partir de l'existant des territoires expérimentateurs, en désignant un acteur responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des sept missions décrites dans le Cahier des charges national 2013 (CCN 2013), afin de ne pas créer de structures en doublon. Cela a conduit à la mise en place de CTA très différentes les unes des autres, compte tenu des spécificités des contextes locaux (dont les éléments doivent être précisés dès le diagnostic pour aider à la mise en place de la CTA). Les sept missions prévues au CCN 2013 pour la CTA sont, à la date du travail de capitalisation, presque toutes mises en œuvre (hormis l'éducation thérapeutique). Au regard des besoins identifiés sur le territoire et en fonction des ressources disponibles, d'autres missions peuvent être opérées par la CTA : aide aux aidants, actions de prévention, adaptation de l'habitat, expertise chutes...

La concertation des acteurs joue également un rôle essentiel.

### 1.1 Le territoire et la population

Le contexte du territoire est déterminant dans la mise en place de la CTA. Différentes dimensions sont ainsi à prendre en compte :

- Le caractère rural ou urbain du territoire (présence importante ou non de professionnels de santé, modes d'organisation, modalités de travail des acteurs de la coordination, temps de trajet, etc.) : cette dimension aura notamment un impact sur la localisation de la CTA, les modalités d'intervention au service des professionnels et des usagers, la coordination entre les effecteurs des missions ;
- Les caractéristiques socio-économiques du territoire (exemple d'un territoire caractérisé par d'importantes difficultés économiques et sociales) : le secteur social aura un rôle prépondérant et le contexte économique et social des personnes âgées devra être tout particulièrement pris en compte ;

- Les données disponibles en matière de morbidité permettent quant à elles d'ajuster les expertises existantes ou à développer :

- nombre moyen de médicaments délivrés par personne âgée pour l'expertise gériatrique et conciliation ;
- isolement et personnes vivant seules pour l'expertise psychogériatrique.

### 1.2 L'organisation des Professionnels de santé libéraux (PSL)

Les besoins des professionnels de santé libéraux appellent également des réponses adaptées. Selon que les professionnels sont organisés en exercice coordonné (Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), Pôles de santé, Centres de santé) ou exercent de manière isolée, les modalités d'action de la CTA, notamment son rôle d'appui, sont différentes et s'adaptent aux besoins des professionnels du territoire.

La présence sur le territoire d'un nombre important de professionnels en exercice regroupé peut faciliter la mise en œuvre des missions de la CTA, les pilotes pouvant s'appuyer sur ces groupes pour mobiliser plus facilement un grand nombre de professionnels dans la démarche.

D'autre part, ce type d'organisation permet de participer directement à la mise en œuvre de la CTA. À titre d'exemple, sur le territoire de la Mayenne, les professionnels de santé organisés en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, ont souhaité prendre en charge la mission d'appui aux professionnels. Dans ce contexte, aucune « structure porteuse » de la CTA n'a été désignée. Ce sont les différentes structures et les professionnels qui les composent qui concourent aux missions d'appui.

*A contrario*, dans les territoires sur lesquels l'exercice isolé est majoritaire, la CTA a généralement pour missions de repérer les PSL impliqués dans des dynamiques collectives (ex. : référent de formation médicale continue, pharmacien impliqué dans la formation, professionnels maîtres de stage) ou qui exercent

## Chapitre 2

### Les modalités de mise en place

par ailleurs des missions de coordination (ex. : médecin coordonnateur d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou d'Hospitalisation à domicile (HAD), médecin impliqué dans un réseau) ou impliqués dans leur mairie ou collectivité locale et qui pourront ainsi favoriser le déploiement de la CTA.

### 1.3 Les modalités de fonctionnement des structures de coordination et des méthodes d'intégration en place

Selon les territoires, il peut exister des structures de coordination actives (ex. : Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), organisation départementale, réseau gérontologique), des exercices coordonnés (*voir ci-dessus*), des méthodes d'intégration (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie-MAIA), et/ou une dynamique locale de coordination (ex. : contrat de territoire, filière gériatrique, article 70).

Dans ce contexte, les acteurs ont l'habitude de travailler ensemble autour de la prise en charge de la personne âgée; ils ont pu mener des actions collectives et avoir construit des outils afin d'améliorer cette prise en charge; la construction d'un projet commun s'en trouve alors facilitée.

D'autre part, ils ont pu mettre en place des instances de concertation et de pilotage, telles que celles portées par la MAIA, sur lesquelles la mise en place de la gouvernance doit s'appuyer. Cela nécessitera toutefois d'intégrer l'ensemble des acteurs portant la logique parcours dans les champs sanitaire, médico-social et social.

Une fois ces acteurs identifiés, cela implique également de faire le point sur leurs missions respectives. En effet, une ou plusieurs missions de la CTA peuvent être d'ores et déjà opérantes sur le territoire, il convient de veiller à ce que la CTA ne s'inscrive pas en doublon, mais bien en subsidiarité par rapport à l'offre existante, par exemple pour la gestion des Plans personnalisés de santé (PPS) ou la mise en place d'un numéro unique.

14



### OUTILS

Le tableau récapitulatif ci-dessous permet, à partir des missions prévues au CCN 2013, de faire le point sur l'existant et d'identifier des doublons ou des lacunes. La colonne « missions prévues au cahier des charges » décline les missions attendues. La colonne « détail de la mission » apporte des précisions sur la cible de la mission (qu'il s'agisse d'un public spécifique, ou du lieu d'intervention). Les colonnes « acteurs » permettent de positionner chaque intervenant du territoire en fonction des missions qu'il pilote ou auxquelles il contribue.

Figure 2 : Tableau d'analyse de la mise en œuvre des missions prévues au cahier des charges

Missions prévues au cahier des charges	Détail de la mission	Centre Local d'Information et de Coordination	Réseau gérontologique	Etc.
Information	Usagers	Pilote		
	Professionnels libéraux		Contributeur	
Activation de l'expertise gériatrique	À l'hôpital		Contributeur	
	En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes		Contributeur	
	À domicile	Contributeur	Pilote	
Etc.				

## Chapitre 2

### Les modalités de mise en place

Il est à noter qu'au regard de l'ensemble de ces critères, la dynamique de concertation et la dimension politique revêtent une grande importance. Les différentes structures amenées à contribuer au fonctionnement de la CTA peuvent être elles-mêmes portées par des acteurs distincts. Avant que les professionnels ne soient amenés à travailler ensemble, il est crucial que les acteurs de la gouvernance, en charge du financement des différentes actions au service des personnes âgées, s'entendent sur leurs prérogatives et sur des modalités de prise de décision partagées.



#### OUTILS

Les outils de cartographie des acteurs et de cartographie des financements sont utiles pour décliner les actions d'ores et déjà mises en œuvre<sup>14</sup>.

## 2. Choisir la structure porteuse

La sélection de la structure porteuse est réalisée le plus souvent sur la base du diagnostic territorial, par les acteurs institutionnels (agences régionales de santé, conseils départementaux) ou dans le cadre d'un séminaire de concertation des acteurs du territoire.

Il s'agit d'un acteur en charge d'un dispositif de coordination ou d'une méthode d'intégration pré-existant.

Le porteur est reconnu sur le territoire, il est identifié par les professionnels et/ou les usagers, et par l'ensemble des structures de coordination.

Si les structures porteuses ont été choisies au regard de leur légitimité, des missions qu'elles réalisaient et de leur visibilité (par exemple un centre local d'information et de coordination), le portage politique et juridique est fondé sur la nécessité pour l'Agence régionale de santé (ARS) d'associer les échelons locaux et départementaux dans la gouvernance, et dans une logique de décloisonnement des trois secteurs (*cf. figure 3*).

La structure porteuse de la CTA peut être composée de plusieurs acteurs en charge d'assurer les missions d'appui. De ce fait, elle peut s'effacer progressivement. La structure porteuse est une porte d'entrée pour les acteurs via le numéro unique et donne accès aux dispositifs et aux effecteurs des missions du cahier des charges.

## 3. Adapter les ressources humaines

Le nombre de personnels dédiés varie d'une Coordination territoriale d'appui (CTA) à une autre (*cf. figure 3*). Les CTA sont dotées d'un ou deux pilotes, et d'un à quatre équivalents temps plein (ETP) affectés aux missions nouvelles financées dans le cadre de la mise en place de la CTA, en complémentarité avec les missions déjà mises en œuvre par les acteurs en place. Certaines CTA ne disposent que d'un ETP supplémentaire, ce qui peut fortement compliquer la mise en œuvre de l'éventail de leurs missions, et entraîner des difficultés de gestion (absences, congés, horaires...).

Toutefois, la CTA ne peut se réduire aux postes créés dans le cadre de son installation. En effet, l'ensemble des professionnels de la structure porteuse ou des structures de coordination et des méthodes d'intégration peuvent concourir à la réalisation des missions de la CTA, sans pour autant être identifiés comme des ressources CTA.

De plus, les CTA peuvent bénéficier de ressources complémentaires, notamment d'un appui d'ingénierie **de l'ARS**.

15

<sup>14</sup> - Kit outils disponible sur [www.anap.fr](http://www.anap.fr)

## Chapitre 2

### Les modalités de mise en place

**Figure 3 :** Tableau récapitulatif : les porteurs opérationnels et juridiques des coordinations territoriales d'appui à date des entretiens et les ressources dédiées à la mise en œuvre des missions de la CTA

Territoire	Porteur opérationnel	Porteur politique et juridique	Pilote	Ressources recrutées au titre des missions dédiées PAERPA	Ressources globales concourant aux 7 missions de la CTA
<b>Aquitaine</b>	Centre Communal d'Action Sociale (CLIC et MAIA)	Mairie	IDE cadre pilote CTA (mutualisée avec le CLIC)	0,5 IDE/ 2,5 coordinateurs d'appui social/ 2 agents d'accueil / 1 agent admin PPS	Direction (1), accueil téléphonique et physique (3) Etc.
<b>Bourgogne</b>	Groupement interprofessionnel de santé	Groupement de santé	Coordinatrice administrative et appui	0.8 ETP Coordinatrice administrative 0.3 ETP médecin coordonnateur 0.5 ETP Secrétariat 0.5 ETP travailleur social	Non précisé
<b>Centre</b>	MAIA-ADMR (pilote commune MAIA et CTA)	ADMR	Pilote MAIA	1 ETP IDE 1 ETP Assistant pilote CTA	Pilote MAIA
<b>Île-de-France</b>	CLIC (et MAIA)	Co-portage Centre d'Action Sociale (Mairie/ Département) et Association	Médecin coordonnateur	Non précisé (logique de plateforme globale)	Directeur, Médecin coordonnateur, Adjoint Pilote MAIA, 2 gestionnaires de cas, 2 secrétaires, 5 coordinateurs sociaux, encadrante des coordinateurs sociaux, gériatre, ergothérapeute, infirmier, psychogériatre, psychologue, 2 infirmières psy, etc.
<b>Limousin</b>	Maison Départementale de l'Autonomie	Département	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Coordinatrice/teur (IDEC)	Mise à disposition par l'ARS d'un temps d'ingénieur projet	EMG, pilote et gestionnaires de cas MAIA, etc.
<b>Lorraine</b>	Service PA/PH et Réseau	Département et Association	Co-pilotage médecin chef de service et Directeur du service PA/PH	1 ETP d'infirmière réseau 1 ETP d'infirmière CLIC 1 ETP administratif CLIC	1 ETP d'infirmière assurant la mission d'appui au lien ville/hôpital, personnel du réseau, du CLIC...
<b>Midi-Pyrénées</b>	Conseil Départemental (CD) et Centre Hospitalier (CH)	CD et CH	Pilote	1 ETP chargé de mission SI 1 ETP IDEC 1 ETP assistant médico-administratif	Médecin référent (0,2), les coordinatrices CLIC PAERPA, etc.
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	Groupement de coopération sociale (GCS)	GCS	Médecin coordonnateur (0,3 ETP) et coordonnateur administratif (0,5 ETP)	4 ETP d'animatrices territoriales réparties par territoire sollicitant directement les professionnels libéraux (1/7 750 hab. de 75 ans et plus) 1 IDE formée à la gériatrie pour la plateforme téléphonique	0,5 secrétaire 1 IDE formée à la gériatrie pour la plateforme téléphonique en sus : 1 pilote MAIA, 4 coordonnateurs de CLIC, 1 référent pôle autonomie, 0,3 coordonnateur du réseau
<b>Pays-de-la-Loire</b>	Appui réalisé par Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) et 5 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)	Département et professionnels de santé		La MDA dispose de 9 chargés d'accompagnement Certaines MSP ont pu recruter du temps de personnel administratif	

(Note : les effectifs indiqués sont susceptibles d'avoir évolué en lien avec la montée en charge des CTA).



## Chapitre 2

### Les modalités de mise en place

Les profils des professionnels intervenant dans la mise en œuvre des missions de la CTA sont divers. Au regard des retours d'expérience disponibles, les métiers suivants ont été identifiés (cf. figure 4).

Le co-pilotage entre un médecin coordonnateur de réseau et un directeur de Centre local d'information et de coordination (CLIC) ou entre un médecin et un cadre de santé, apporte une grande complémentarité des profils et une meilleure reconnaissance de la part des partenaires sur l'ensemble des champs (social, médico-social et sanitaire).



#### LES RESSOURCES FINANCIÈRES

La mise en œuvre des missions de la CTA implique un engagement important des acteurs. Il convient de le chiffrer au préalable, et d'engager une communication avec l'ensemble des acteurs impliqués.

Dans le cadre des dispositifs pilotes PAERPA, les Agences Régionales de Santé ont pu allouer des financements dédiés à la mise en œuvre des missions de la CTA à partir du fonds d'intervention régional (FIR) PAERPA ou d'autres financements pour la mise en œuvre d'actions non prévues.

Figure 4 : Les profils des professionnels intervenant au sein des CTA (liste non exhaustive)

Profils privilégiés	Rôle	Atouts
Médecin coordonnateur	Pilote	Expertise médicale et lien privilégié avec les médecins
Pilote MAIA ou directeur/trice de CLIC	Pilote	Connaissance fine de l'ensemble des acteurs et a déjà travaillé sur de nombreux outils utiles au fonctionnement de la CTA
Cadre de santé	Pilote	Déploiement et coordination des actions médico-sociales
Animateur/trice territorial/e	Ressource	Appui des professionnels de terrain (fiche de poste en annexe 4)
Travailleur/se social/e	Ressource	Appui des professionnels de terrain et « connaissances métier » et des ressources du territoire



# 3

Les apports de la CTA :  
point d'étape

## Chapitre 3

### Les apports de la CTA : point d'étape

À la date du travail de capitalisation, les pilotes de Coordinations territoriales d'appui (CTA) rencontrés ont décrit les principaux apports de la mise en place de la CTA et de l'appui proposé tant aux professionnels qu'aux usagers, en lien avec les besoins exprimés. Ces apports sont, d'après eux, de trois ordres : le décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social, l'amélioration de la lisibilité et la mise en cohérence des dispositifs, ainsi que les changements dans les pratiques professionnelles.

**Figure 5 :** Principaux apports de la CTA, du point de vue des pilotes



## 1. Un décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social

La Coordination territoriale d'appui (CTA) s'est organisée pour répondre aux besoins des professionnels de santé libéraux et des usagers. Elle se positionne ainsi comme soutien en faveur d'une réponse coordonnée et contribue à consolider le travail concerté des acteurs sanitaires, médico-sociaux, et sociaux autour du parcours de la personne âgée.

### 1.1 Une co-construction progressive du fonctionnement de la CTA au service des professionnels et des usagers

En fonction des spécificités du territoire, des acteurs de la coordination pré-existants et des dynamiques de travail

collectif, les responsables des CTA ont construit leur organisation, en partenariat étroit avec l'Agence Régionale de Santé. À la date des entretiens, elles étaient encore en cours de consolidation. On observe un fonctionnement effectif de la CTA entre 6 et 13 mois après le choix du porteur.

Cette construction continue de la CTA et de ses relations avec ses partenaires a été facilitée par le caractère expérimental de PAERPA. En effet, les responsables des CTA disposaient d'une forme de souplesse dans les modalités d'organisation. À ce titre, il semble pertinent et efficace de laisser la responsabilité aux acteurs de s'organiser de manière cohérente au regard de leurs pratiques, du contexte local et de l'existant sur le territoire.

La co-construction du fonctionnement de la CTA et de ses outils avec les acteurs est un préalable pour s'assurer de l'adaptation de son fonctionnement à leurs besoins.

### 1.2 La coordination des acteurs des trois champs

La CTA a encouragé la coordination des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, à travers plusieurs leviers :

- La concertation et la communication : les responsables des CTA ont largement sollicité les acteurs intervenant dans le parcours des personnes âgées, afin de s'entendre sur un fonctionnement partagé. En Basse-Corrèze, un lien fort a été construit entre le Centre Hospitalier et le Conseil Départemental autour de la mise en place de la CTA, contribuant ainsi largement au décloisonnement. Dans d'autres territoires, une communication dédiée a permis de lever les craintes des structures de coordination existantes sur les doublons possibles en matière de missions et sur les coopérations à mettre en place ;
- Des actions concrètes :
  - Les formations pluridisciplinaires qui ont été mises en place ont permis d'associer des professionnels variés autour de problématiques communes.
  - La valorisation des services d'aide à domicile, qui ont été pleinement impliqués sur certains territoires, a contribué à remettre au cœur du dispositif les acteurs du domicile qui interviennent au plus près de la personne et de ses aidants, mais qui pour autant ne sont pas toujours associés au déploiement de certains dispositifs.

## Chapitre 3

### Les apports de la CTA : point d'étape

- Le rôle de la CTA dans l'appui à la Coordination clinique de proximité (CCP) a permis de contribuer à l'association de professionnels (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers...) autour du parcours de la personne âgée. Les acteurs se connaissent, se reconnaissent et se sollicitent mutuellement.

Par ailleurs, l'ensemble des missions de la CTA concourt à l'articulation entre les trois champs, notamment :

- ▶ L'information et l'orientation;
- ▶ l'activation des aides sociales;
- ▶ Le lien ville-hôpital;
- ▶ L'activation des expertises...

## 2. Une meilleure lisibilité à travers la mise en cohérence des dispositifs

La mise en place de la Coordination territoriale d'appui (CTA) vise à une meilleure lisibilité, tant pour les professionnels que les usagers, qui passe notamment par la mise en cohérence des dispositifs et des outils.

Celle-ci passe par un processus de structuration des liens entre les acteurs et par une stratégie de communication dédiée.

### 2.1 La structuration des liens entre les acteurs autour des missions de la CTA

À travers l'identification des missions déjà mises en œuvre et le repérage des missions restant à réaliser, le rôle de chacun est clarifié. Des lettres de missions ou des fiches de postes, voire même des cahiers des charges développant les missions de chacun, peuvent être élaborés par les Agences Régionales de Santé et Conseils Départementaux, sur proposition des acteurs, pour éviter les doublons, mais aussi pour légitimer les acteurs de la CTA.

Pour l'utilisateur et pour le professionnel, la structure porteuse de la CTA mais également l'ensemble des structures de coordination et dispositifs d'intégration concourant aux missions d'appui, apportent une réponse quelle que soit la porte d'entrée. Ils forment ensemble une « plateforme », et la CTA s'inscrit avant tout dans une logique de missions. Le travail engagé autour de la formalisation de processus entre les intervenants doit devenir invisible pour l'utilisateur ou son aidant.

Les professionnels, les personnes âgées et leurs aidants, s'adressent à la CTA par le biais d'une porte d'entrée unique. La structure porteuse disparaît au bénéfice des missions d'appui qui peuvent être assurées par plusieurs structures ou dispositifs (réseau, Centre Local d'Information et de Coordination, Maison de Santé Pluriprofessionnelle, pilote MAIA, gestionnaires de cas, etc...)

### 2.2 La communication autour de la CTA

La communication partagée par les acteurs (Agences Régionales de Santé, Conseils Départementaux, Unions Régionales des Professionnels de santé-URPS, etc.) permet d'adresser un message commun aux professionnels de santé, mais aussi de toucher les usagers et leurs aidants. Une stratégie de communication commune donne du poids au message porté.

Des supports de communication ont été réalisés afin de clarifier le dispositif et de positionner la CTA dans son environnement. *(cf. exemple en annexe 1).*

De nombreuses structures porteuses des CTA partagent leurs locaux avec d'autres structures de coordination ce qui permet un rapprochement physique qui constitue un levier important en faveur d'un travail partenarial de qualité.

Si certaines CTA ont déjà emménagé dans de nouveaux locaux pour consolider le co-portage, d'autres envisagent un déménagement, permettant entre autres objectifs, de matérialiser la « création » d'une plateforme commune dans un lieu neutre. Cela permet également de donner une nouvelle visibilité à la CTA à travers une communication à visée politique (exemple : inauguration d'un nouveau lieu avec un nouveau nom, en présence d'élus).

## 3. Une contribution au changement des pratiques professionnelles

Pour les pilotes des Coordinations territoriales d'appui (CTA) rencontrés, la CTA modifie les pratiques professionnelles des structures porteuses.

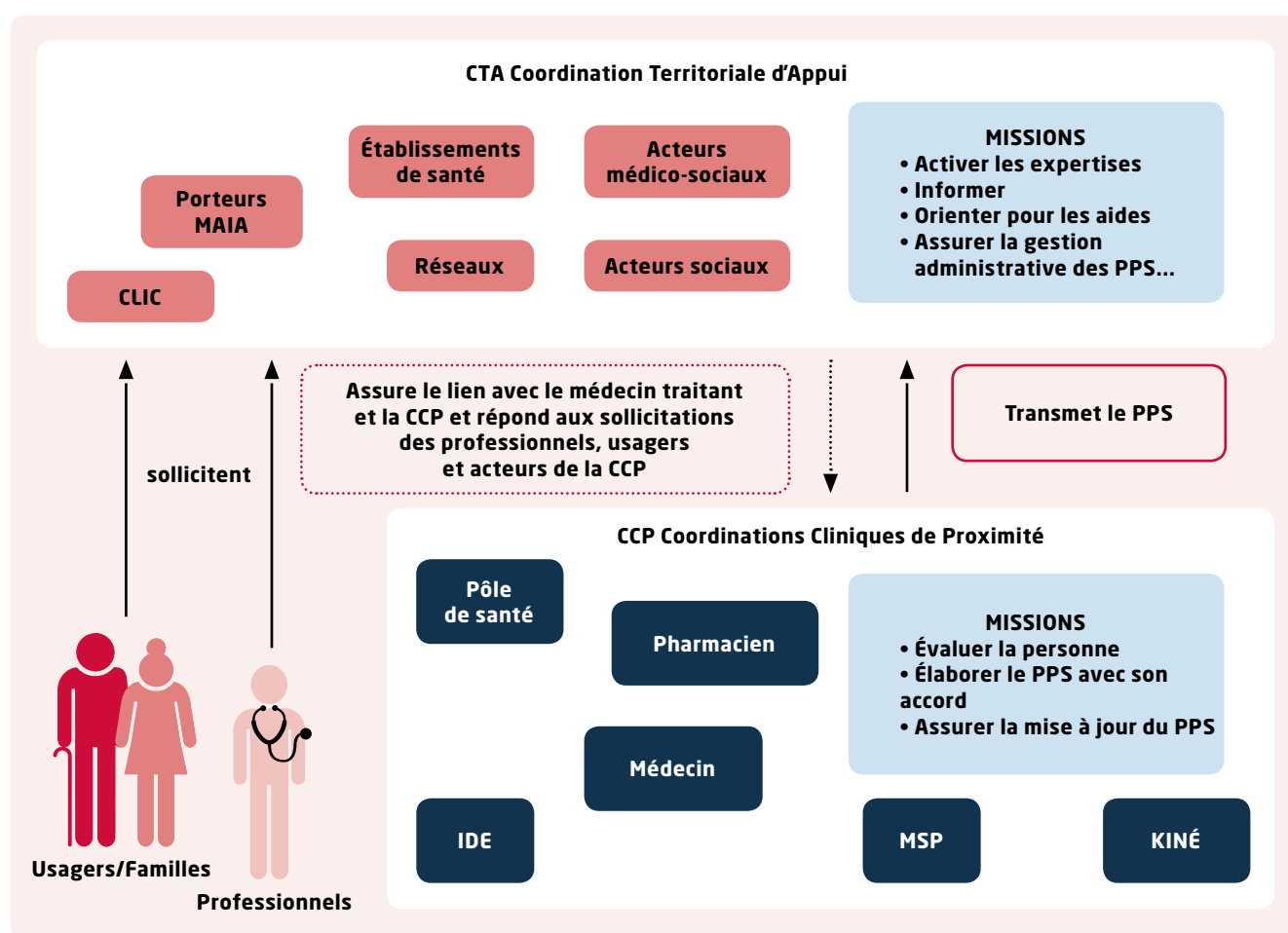
Par ailleurs, la mise en place de la CTA implique un changement des pratiques des professionnels de santé.

## Chapitre 3

### Les apports de la CTA : point d'étape

#### 3.1 La plus-value de la CTA : une nouvelle organisation de l'appui aux professionnels et aux usagers

Figure 6 : L'articulation entre la coordination territoriale d'appui et la coordination clinique de proximité



21

Au regard des missions déjà mises en œuvre sur le territoire, il apparaît que la mise en place des CTA a principalement conduit à la réalisation de deux missions complémentaires :

- Une porte d'entrée unique, matérialisée par un numéro de téléphone dédié ;
- L'articulation avec les professionnels des Coordinations Cliniques de Proximité par la gestion administrative des Plans personnalisés de santé (PPS).

Même en l'absence de structure porteuse, il est possible de mettre en place **un accompagnement spécifique à destination des professionnels isolés**. Pour ce faire, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles peuvent constituer un collectif afin de promouvoir l'appui aux professionnels et la montée en charge des Plans Personnalisés de Santé.

## Chapitre 3

### Les apports de la CTA : point d'étape

#### 3.2 Le numéro unique

La structure porteuse coordonne l'action des acteurs concourant aux missions d'appui en jouant le rôle de « porte d'entrée » par la mise en place d'un numéro unique avec des horaires étendus, voire d'un site internet. Ce numéro peut également être géré par un autre dispositif concourant aux missions de la CTA. Lorsqu'une personne ou un professionnel appelle la CTA, selon le degré de complexité de la demande, le répondant peut :

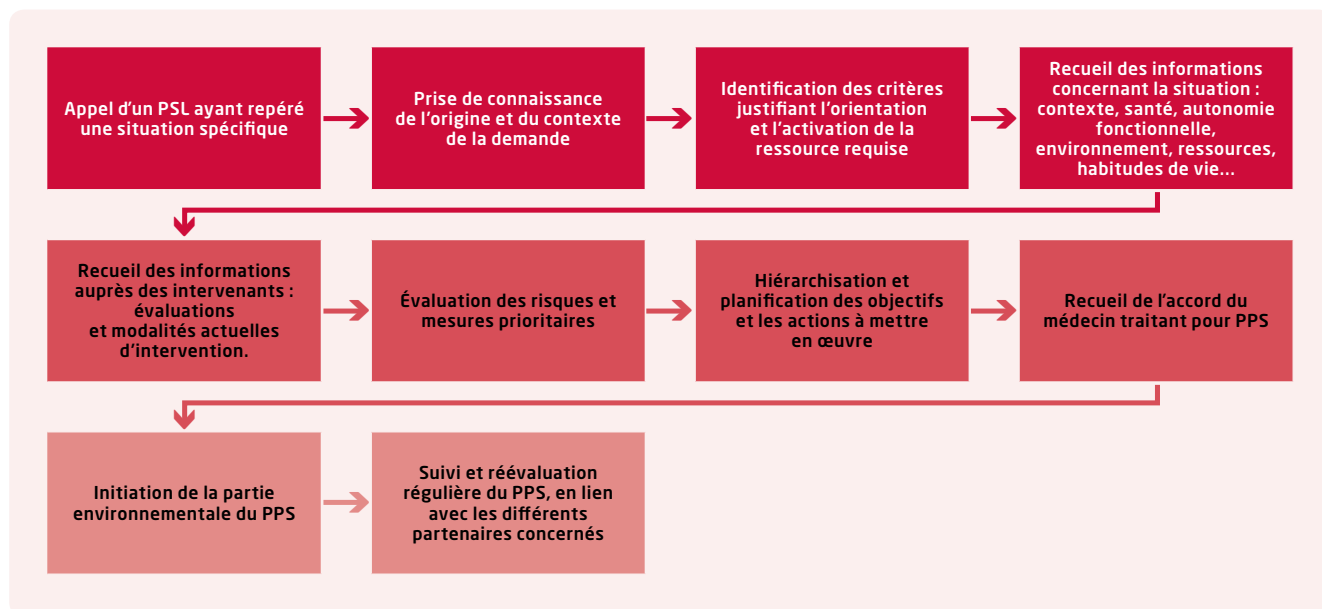
- Lui apporter lui-même une réponse (premier niveau) au correspondant;
- L'adresser en interne aux interlocuteurs concernés (deuxième niveau);
- L'adresser aux contacts « portes d'entrée » communiqués par les structures participant aux missions de la CTA (troisième niveau), (cf. **annexe 3**).

Pour certaines CTA, les liens entre les structures de coordination ont d'ores et déjà été formalisés par des processus et des logigrammes de prise en charge. Elles se sont parfois réorganisées afin de mieux flécher la réponse à apporter aux appels téléphoniques. Néanmoins, les CTA étant encore en cours de construction, de nombreux processus restent à construire afin d'apporter des demandes adaptées aux besoins de chaque appelant.

Enfin, les publics cibles sont différents selon les CTA. Certaines d'entre elles sont encore à destination exclusive des professionnels, tandis que d'autres répondent à des sollicitations mixtes de professionnels, d'usagers ou d'aidants. C'est notamment le cas lorsque la CTA est multi-porteurs et que ces derniers visaient initialement des publics cibles différents.

22

**Figure 7 :** Exemple de processus de gestion d'une demande (inspiré notamment du Territoire de la Basse-Corrèze)



## Chapitre 3

### Les apports de la CTA : point d'étape

#### 3.3 La mission de gestion des Plans personnalisés de santé (PPS)

En fonction des ressources humaines disponibles au sein de la CTA pour assurer la mission de gestion des PPS, de la maturité des professionnels du territoire, et de la disponibilité d'un système d'information partagé, les CTA exercent la mission de gestion des PPS de manière hétérogène. Elles n'interviennent pas à la place des professionnels, mais en appui, sur sollicitation de leur part.

Elles assurent tout ou partie des tâches suivantes :

- ▶ Réception et suivi administratif des PPS<sup>15</sup>;
- ▶ Réponse aux besoins identifiés par la Coordination Clinique de Proximité dans le cadre du PPS pour la réalisation et l'orientation des ressources du territoire (en fonction de la composition de la CTA);
- ▶ Appui direct aux professionnels et à leur demande expresse dans la rédaction du PPS ou dans sa gestion administrative (liens avec la Caisse primaire d'assurance maladie, accès au système d'information partagé, constitution de l'annuaire territorial des Professionnels de Santé Libéraux et Coordinations Cliniques de Proximité, ...).

Les modalités de mise en œuvre des missions qui sont attribuées à la CTA dépendent fortement des ressources humaines dédiées.

#### 3.4 L'évolution des pratiques professionnelles

Les professionnels identifiant la CTA comme une ressource, ils la sollicitent pour obtenir des informations ou comme aide à l'orientation.

La mise en place de la CTA transforme leurs pratiques notamment à travers l'utilisation de nouveaux outils qu'ils ont co-construit ensemble (Plan Personnalisé de Santé adapté) ou l'échange par voie de messagerie sécurisée.

Surtout, elle accompagne une meilleure connaissance des périmètres d'intervention des uns et des autres, au bénéfice de la fluidité du parcours des personnes âgées.

Les dispositifs pilotes ont par ailleurs valorisé la mise en relation de la CTA avec les Professionnels de santé libéraux (PSL) et les Centres Hospitaliers autour de bonnes pratiques pour la prise en charge des personnes âgées, notamment dans le cadre du lien ville-hôpital.

#### 3.5 Une amélioration de la prévention de la perte d'autonomie

Les actions mises en œuvre dans le cadre de la CTA touchent des publics jusqu'alors non identifiés par les dispositifs existants. Ils ne sont pas connus du Centre local d'information et de coordination (CLIC), ni du réseau ou ne bénéficient pas de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour la plupart d'entre eux.

PAERPA touche un public nouveau en axant davantage son action sur la prévention de la perte d'autonomie.

De ce fait, les professionnels, en ayant élargi leur connaissance du champ d'action autour de la personne âgée font évoluer leurs pratiques. Les évaluations sont complétées par un travail de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. À titre d'exemple, le personnel d'un CLIC co-porteur d'une CTA réalise désormais un travail de repérage complémentaire des besoins lors de visites à domicile.

23

15 - Exemple de PPS complété à partir d'une vignette clinique de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/exemple\\_de\\_pps\\_complete\\_a\\_partir\\_de\\_vignettes\\_cliniques\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/exemple_de_pps_complete_a_partir_de_vignettes_cliniques_web.pdf)



# 4

Les défis de la CTA :  
point d'étape

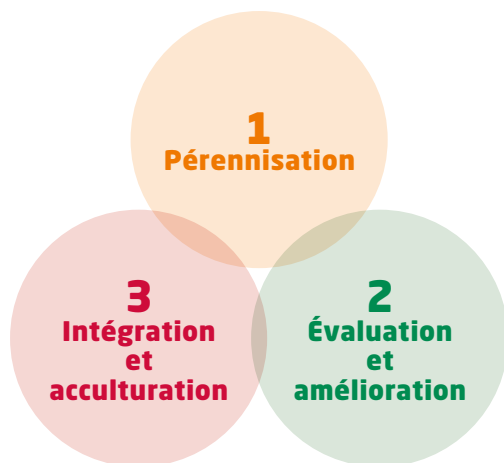


## Chapitre 4

### Les défis de la CTA : point d'étape

La mise en place des Coordinations territoriales d'appui (CTA) a été caractérisée par de fortes attentes dans des délais contraints. Leur consolidation dépend aujourd'hui du renforcement des solutions construites par les acteurs.

**Figure 8 :** Principaux défis de la CTA, du point de vue des pilotes



## 1. La nécessaire pérennisation du fonctionnement de la CTA

Dans la mesure où la Coordination territoriale d'appui (CTA) est encore en phase de construction sur de nombreux territoires, des mesures visant à garantir sa montée en charge sont importantes.

Cette pérennité dépend de facteurs divers, à commencer par les moyens alloués, notamment le financement du temps de coordination nécessaire. Par ailleurs, les CTA doivent avoir une taille suffisante pour assurer leurs missions dans le cadre de la montée en charge et dans la perspective d'une réponse apportée à des sollicitations croissantes.

### 1.1 Les processus et logigrammes

La pérennité passe aussi par la formalisation des processus de travail et des logigrammes de réponse aux demandes, afin d'améliorer les circuits entre les différentes structures intervenantes. Ces processus doivent cependant rester souples car les problématiques peuvent être multiples et très variées.

Certaines CTA ont d'ores et déjà travaillé à la mise en place de procédures selon la trame suivante :

**Figure 9 :** Trame de procédure

	Qui	Quoi	Comment
<b>Étapes 1 à 10</b>	Responsable (PSL, médecin traitant, CTA, ...)	Action (repérer, valider, recueillir, prescrire, diffuser, mettre en œuvre, vérifier...)	Outil (grille, SI, messagerie...)

À titre d'exemple, les procédures peuvent porter sur les thématiques suivantes :

- ▶ Intervention pour les ergothérapeutes (**exemple en annexe 2**).
- ▶ Intervention à domicile d'une association pour l'activité physique adaptée;
- ▶ Intervention programmée par les Établissements de Santé, d'un Service d'Aide à Domicile lors du retour à domicile;
- ▶ Mise en place du pilulier électronique;
- ▶ Hébergement temporaire programmé en EHPAD en cas de besoin pour l'aidant;
- ▶ Sortie d'hospitalisation court séjour vers un hébergement temporaire en EHPAD avant retour à domicile.

Les acteurs se mettent également d'accord sur des outils communs et partagés, afin de parler un langage commun et de simplifier leurs relations.

## Chapitre 4

### Les défis de la CTA : point d'étape

#### 1.2 Le système d'information

La reconnaissance de la CTA par les acteurs dépend fortement de la mise en place de systèmes d'information opérationnels permettant de faciliter la saisie des Plans personnalisés de santé (PPS) par les professionnels, ainsi que leur suivi. Il s'agit d'un levier essentiel pour mobiliser les médecins généralistes mais aussi pour permettre de gérer la montée en charge de l'activité de la CTA.

Le CCN 2013 précise également que la CTA doit, pour assurer pleinement ses missions, « disposer d'un **outil informatique de la coordination territoriale**<sup>16</sup> ». Cet outil est celui déjà utilisé par le porteur de la coordination territoriale d'appui, mais adapté afin :

- ▶ D'assurer le suivi des dossiers passant par la CTA;
- ▶ De connaître les personnes âgées suivies par une coordination clinique de proximité (et les coordonnées des membres de cette coordination clinique de proximité). Cela suppose que les membres de cette coordination informent régulièrement la CTA;
- ▶ D'élaborer et de suivre les indicateurs de processus utiles au pilotage des territoires pilotes.

Après la définition des processus, les travaux menés autour de la formalisation d'un SI adapté et ce, en concertation avec les professionnels, sont essentiels pour l'ensemble des dispositifs pilotes, à plusieurs niveaux :

- ▶ La dématérialisation du PPS afin de fluidifier la démarche;
- ▶ Le suivi et la gestion des PPS par les professionnels dédiés;
- ▶ La communication entre les professionnels et les structures de coordination et d'intégration.

La structure porteuse doit être en mesure d'accueillir le système d'information et les outils portés par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental.

#### 2. L'amélioration de la qualité des processus

Dans la continuité de la consolidation de l'existant, les pilotes des Coordinations territoriales d'appui (CTA) analysent la dimension qualitative des processus mis en œuvre. Ils souhaitent réaliser un suivi de la gestion des Plans Personnalisés de Santé en mettant en place des alertes afin de veiller à la mise en œuvre des actions qui ont été décidées, et contribuer ainsi à son amélioration.

Le CCN 2013 prévoit des indicateurs de processus devant être précisés par le comité de pilotage de l'évaluation en lien avec les Agences Régionales de Santé. Les indicateurs suivants concernent directement la CTA :

##### Indicateurs relatifs aux outils

- ▶ Nombre de sollicitations de la coordination territoriale d'appui et si possible auteur de la demande, nature de la demande;
- ▶ % des appels reçus par la coordination territoriale d'appui traités dans les 48h.

##### Indicateurs relatifs aux patients

- ▶ Nombre et % de la population cible bénéficiant en plus de la Coordination Clinique de Proximité, de la coordination territoriale d'appui (CTA) et caractéristiques de santé (âge, sexe, situation au regard de l'isolement, pathologies, etc.),
- ▶ Nombre et % de la population cible disposant d'un plan personnalisé de santé, et caractéristiques de ces patients (âge, sexe, situation au regard de l'isolement, pathologies, etc.).

En comparaison avec les indicateurs proposés dans le CCN 2013, les comités de pilotage des territoires expérimentateurs ont retenu des indicateurs de processus spécifiques.

Les informations suivantes, notamment, sont recueillies dans le cadre de la plateforme de suivi des indicateurs mise en place par l'ANAP au niveau national :

- ▶ Nombre d'appels au numéro unique de la CTA émanant des PA/familles;
- ▶ Nombre d'appels au numéro unique de la CTA émanant des professionnels;
- ▶ Nombre total d'interventions menées par la CTA;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : aiguillage/appui à la Coordination Clinique de Proximité;

## Chapitre 4

### Les défis de la CTA : point d'étape

- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : appui à la gestion du Plan Personnalisé de Santé;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : information/orientation des Professionnels de Santé;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : information/orientation des personnes âgées;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : gestion administrative et recueil du consentement;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : appui des établissements de santé;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : activation des aides sociales;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : appui à l'adaptation du logement;
- ▶ Nombre d'interventions menées par la CTA : autres;
- ▶ Nombre de consentements centralisés par la CTA;
- ▶ Indicateur d'usage de l'outil Système d'information (SI) de la CTA.

Ces indicateurs de processus sont définis dans un guide méthodologique disponible sur la plateforme de collecte, afin de faciliter le recueil de données fiables et homogènes.

L'amélioration de la qualité des processus et un suivi efficace des indicateurs sont fortement dépendants de **la mise en fonctionnement d'un système d'information partagé efficient**.

## 3. La poursuite de la démarche d'acculturation et d'intégration

### 3.1 Acculturation des professionnels aux spécificités du parcours de la personne âgée

La démarche de coordination entre les professionnels engagée dans le cadre des dispositifs pilotes PAERPA est une démarche longue, ayant un impact très probable sur les pratiques professionnelles, notamment concernant les professionnels de santé isolés.

La Coordination territoriale d'appui (CTA) contribue à la poursuite du changement de culture et des pratiques professionnelles par l'appui réalisé au quotidien auprès des professionnels qui le souhaitent mais également par la participation à l'animation de sessions de formations et d'information, et le développement de stratégies de communication. La CTA contribue ainsi à l'acculturation de l'ensemble des professionnels aux spécificités du parcours de la personne âgée.

Le suivi de la structuration des Coordinations Cliniques de Proximité, grâce aux processus et aux indicateurs mis en place, contribuera à une amélioration continue de la réponse apportée.

### 3.2 Intégration des acteurs de la coordination

Pour poursuivre la mise en cohérence des dispositifs et améliorer la lisibilité pour l'usager et le professionnel, les CTA cheminent elles-mêmes vers un fonctionnement largement intégré avec pour certaines d'entre elles, l'objectif de disposer d'une seule et même structure, une plateforme commune, réceptionnant l'ensemble des appels et disposant de processus internes efficaces afin de répondre au mieux aux demandes.

Cette intégration peut cependant prendre du temps, notamment afin de poursuivre le décroisement des acteurs sur les plans opérationnel et juridique, de s'assurer de la cohérence du dispositif créé et de communiquer au mieux auprès des partenaires et des publics cibles.

Par ailleurs, la mise en place d'un fonctionnement intégré se confronte au fonctionnement spécifique des structures préexistantes participant à la mise en œuvre des missions d'appui (Centre Local d'Information et de Coordination, CTA, réseau, etc.). Dans ce cadre, des difficultés peuvent être rencontrées notamment au regard des différents statuts du personnel. Il existe alors un réel enjeu d'harmonisation (nature juridique, modalités de travail...) au service de la lisibilité de la coordination territoriale d'appui.

# Annexes

## Monographies basées sur des entretiens

- ▶ Pays de la Loire
- ▶ Nord-Pas de Calais
- ▶ Limousin
- ▶ Centre
- ▶ Lorraine
- ▶ Île-de-France

## Monographies basées sur des questionnaires

- ▶ Aquitaine
- ▶ Bourgogne
- ▶ Midi-Pyrénées

## Annexes

- ▶ Annexe 1 : DAT Nord Pas de Calais
- ▶ Annexe 2 - Procédure d'intervention pour les ergothérapeutes (Lorraine)
- ▶ Annexe 3 : Schéma de fonctionnement de la plateforme Autonomie Seniors (Aquitaine)
- ▶ Annexe 4 : Fiche de poste animateur territorial DAT (Nord Pas de Calais)



Les annexes sont disponibles  
au téléchargement sur le site internet  
de l'ANAP :

**[www.anap.fr](http://www.anap.fr)**

# Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ANCCLIC	Association nationale des coordinateurs et des coordinations locales
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Assistante sociale
CARMI	Caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCN	Cahier des charges national
CCP	Coordination clinique de proximité
CD	Conseil Départemental
CH	Centre hospitalier
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNSA	Caisse Nationale Solidarité Autonomie
COPIL	Comité de pilotage
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DAT	Dispositif d'appui territorial
DREES	Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Équipe mobile de gériatrie
ENMR	Expérimentations de nouveaux modes de rémunérations
ESLD	Établissement de soins longue durée
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FAMO	Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupe de cohésion sociale
GOMEQ	Groupe opérationnel de mise en œuvre
HAS	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HT	Hébergement temporaire
ICA	Instance coordination autonomie
IDE	Infirmier diplômé d'État
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSSanté	Messagerie sécurisée en santé
MT	Médecin traitant
OGDPC	Agence nationale du Développement professionnel continu
PA	Personne âgée
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation
PSL	Professionnels de santé libéraux
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RRR	Répertoire régional des ressources
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SI	Système d'information
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UNR	Union nationale des réseaux
URPS	Unions régionales des professionnels de santé

# Remerciements

L'équipe PAERPA de l'ANAP remercie l'ensemble des contributeurs et relecteurs de ce document :

- **Estel Queral**, chef de projet PAERPA à la Direction de la Sécurité Sociale
- **Christel Mouisset**, Direction de la Sécurité Sociale

Les pilotes des CTA ou acteurs du territoire

- **Pascal Gendry**, administrateur du GCS du sud-ouest mayennais
- **Docteur Dambre**, coordinateur médical et Mme Levêque, coordinateur administratif, territoire du valenciennois-quercitain
- **Mme Simonnet**, infirmière de la CTA de la Basse-Corrèze
- **Marie-Sophie Gaudouen**, gestionnaire de projet PAERPA, **Evelyne Beauvais**, coordinatrice de la CTA, **Laure Blanc**, directrice de l'ADMR Indre-et-Loire, et **Stéphanie Fache**, pilote MAIA-ADMR et CTA, territoire du sud-est de l'Indre-et-Loire
- **Eliane Abraham**, médecin chef de service du réseau Gérard Cuny et Boris Bernard, directeur du service PA/PH, territoire de la Communauté Urbaine du Grand Nancy
- **Aurélien Misme**, médecin coordonnateur de la CTA de Paris 9, 10 et 19<sup>èmes</sup> arrondissements
- **Cécile Méau**, pilote de la CTA de Bordeaux

Les chefs de projet en ARS

- **Thierry Dumais**, ARS Pays de la Loire
- **Marie-Marguerite Defebvre**, ARS Hauts de France
- **Corinne Llovel**, ARS Nouvelle Aquitaine (Limousin)
- **Laetitia Chevalier**, ARS Centre Val de Loire
- **Gwenola Rey**, ARS Grand Est (Lorraine)
- **Alexandre Farnault**, ARS Ile de France
- **Brigitte Geoffroy**, ARS Nouvelle Aquitaine (Aquitaine)
- **Adeline Patte** et **Emilie Contant**, ARS Bourgogne Franche Comté (Bourgogne)
- **Francisca Gutierrez-Vallein**, ARS Occitanie (Midi-Pyrénées)

Les membres du groupe de travail

- **Richard-Pierre Williamson**, ANCCLIC
- **Pascal Pousse**, ANCCLIC
- **Amélie Cornilleau**, ANCCLIC
- **Gérard Mick**, UNR
- **Didier Delhaye**, collectif des pilotes MAIA
- **N'zhate Boungzate**, collectif des pilotes MAIA
- **François Barrière**, collectif des pilotes MAIA
- **Catherine Perisset**, CNSA
- **Sophie Moreau Favier**, CNSA



#### Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Mettre en place la coordination territoriale d'appui - Retour d'expériences des territoires PAERPA © ANAP 2016 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - [www.efil.fr](http://www.efil.fr)

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Septembre 2016

La Coordination territoriale d'appui (CTA) soutient les professionnels de proximité dans l'organisation de la réponse aux besoins de santé des personnes âgées. Quelques mois après son installation, comment est-elle organisée, quels sont ses apports et à quels défis est-elle confrontée ?

Cette publication tire les enseignements du programme PAERPA concernant la méthode de mise en place de la Coordination territoriale d'appui (CTA).

