



Inspection générale
des affaires sociales

Évaluation de la coordination d'appui aux soins

RAPPORT

Établi par

Philippe BLANCHARD

Laurence ESLOUS

Isabelle YENI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Pauline LOUIS

Stagiaire

- Décembre 2014 -

2014-010R

SYNTHESE

- [1] La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a demandé au chef de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), par lettre du 20 janvier 2014, de diligenter une mission chargée de « procéder à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées ».
- [2] Philippe BLANCHARD, Laurence ESLOUS et Isabelle YENI, membres de l'IGAS, ainsi que Pauline LOUIS, stagiaire, ont été désignés pour effectuer ces travaux dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé (SNS).
- [3] Cette réflexion menée en France n'est pas isolée puisque tous les pays de l'OCDE ont exprimé un besoin de coordination. Il est pourtant difficile de faire des comparaisons et des bilans des coordinations existantes du fait de l'absence d'une définition consensuelle de ce qu'est une coordination en matière de parcours de soins, *a fortiori* de ce qu'est une coordination territoriale d'appui.
- [4] Devant cette lacune, la mission a souhaité se doter d'une définition à laquelle se référer tout au long des bilans qu'elle a réalisés et des propositions qu'elle a élaborées en vue de garantir la mise en œuvre d'une véritable coordination territoriale d'appui : selon elle, la coordination territoriale d'appui rassemble tous acteurs (des professionnels de santé jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés. La coordination vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS. En fonction des besoins de santé, la coordination peut être ponctuelle à l'occasion d'un accident de santé ou installée dans la durée.
- [5] **Des bilans, il ressort que les structures de coordination actuelles sont nombreuses et diverses, mais elles se cantonnent le plus souvent à de la coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale.** Elles sont donc rarement transversales d'autant qu'elles sont très souvent organisées par pathologies ou par secteur.
- [6] Ainsi, au gré des plans de santé publique, chaque pathologie a-t-elle conduit au développement d'organisations coordonnées : les maladies chroniques ont favorisé ces organisations, et notamment les programmes de *disease management* qui sont les plus anciens et les plus nombreux ; toutefois, ce sont souvent des coordinations cliniques c'est-à-dire limitées aux professionnels de santé telles que les centres régionaux de lutte contre le cancer, cancéropôles, centres de coordination en cancérologie...coordonnés par les réseaux régionaux en cancérologie, RCP, etc.
- [7] Dans le secteur des personnes âgées, ont été créés les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) ou encore les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Dans le secteur du handicap, ce sont les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées (MDPH) qui sont installées. Ici ce sont les coordinations médico-sociales qui sont les plus développées.
- [8] En outre, la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres, et sans toujours intégrer les professionnels de santé. Ainsi, les MAIA qui devaient être sanitaires, médico-sociales et sociales n'ont pu s'imposer aux professionnels de santé et sont restées sur le champ médico-social et social sur lequel les CLIC, notamment ceux de niveaux 3, étaient déjà positionnés. Aussi, les pouvoirs publics expérimentent-ils désormais le dispositif PAERPA.

- [9] Cette situation conduit à organiser la coordination de la coordination, dans une fuite en avant nuisible tant à l'efficacité qu'à la lisibilité pour les principaux intéressés.
- [10] En revanche, plusieurs dispositifs généralistes tels que le parcours de soins coordonnés, les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, les réseaux de santé polyvalents, prennent en charge les patients, indépendamment de leurs âge et pathologie, et en faisant le lien entre ses besoins sanitaires et médico-sociaux. Ces dispositifs, qui ont émergé récemment, ne répondent toutefois pas encore assez à cet objectif de coordination transversale, notamment le parcours de soins coordonnés qui a répondu avant tout à des motifs économiques.
- [11] Les coordinations se heurtent en outre aux cloisonnements entre les soins à l'hôpital et les soins en ville ou entre les différentes administrations (nationales, locales, sociales), cloisonnements que des nomenclatures plurielles des différents territoires de mise en œuvre viennent encore complexifier.
- [12] Bien qu'elles soient très diverses, les fonctions assurées restent parcellaires et incomplètes : selon les éléments recueillis par la mission par le biais d'un questionnaire transmis aux ARS, les principaux rôles de la coordination sont la prise de rendez-vous, la mobilisation de soins et services à domicile, l'acquisition d'aides techniques et l'aménagement du domicile. Pour la quasi totalité des dispositifs, une évaluation concertée des besoins des patients est assurée et les deux tiers assurent cette évaluation en passant par le domicile du patient. Toutefois si plus des deux tiers des structures élaborent un plan personnalisé de santé, outil formalisé de la coordination, un peu plus de la moitié seulement associe le médecin traitant et le personnel médico-social à l'élaboration du plan. Le médecin traitant ne valide au final que 27 % des plans dont il n'est destinataire qu'à 50 %. Dans à peine plus de la moitié des cas, le dispositif effectue des retours formalisés d'informations au médecin traitant.
- [13] Cette structuration des coordinations peine ainsi à répondre aux besoins des patients en termes d'accessibilité et des médecins qui sont peu informés et impliqués par les coordinations existantes, sauf lorsqu'elles sont intégrées à leur pratique comme certaines maisons de santé.
- [14] Dans le même temps, cette organisation, qui ne fait l'objet d'aucune évaluation médico-économique, s'avère au final coûteuse pour l'Etat, les collectivités locales et la sécurité sociale. Il s'agit soit de financements à des dispositifs auxquels sont consacrés près de 300 millions d'euros (160 millions d'euros pour les réseaux, 55 millions d'euros pour les MAIA, 60 millions d'euros pour les CLIC, 15 millions d'euros pour les centres de santé), soit de financements directs des professionnels de santé, sous forme de forfaits (600 millions d'euros environ), sans que soit explicitement rémunérée une fonction de coordination. S'y ajoutent 8 millions d'euros environ pour le module 1 de coordination dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Par ailleurs, les financements affectés à la coordination sont organisés en silos, malgré les progrès réalisés grâce à la mise en place du FIR, et ne contribuent ainsi pas à structurer une coordination transversale.
- [15] Au nombre des **éléments structurant la construction d'une coordination d'appui**, la mission a inscrit le fait que la coordination devait proposer des fonctions complémentaires aux soins : selon de nombreuses études, une coordination efficace en appui aux médecins permet d'améliorer la qualité des soins, dans un système de santé complexe et fractionné. En effet, ce soutien doit permettre aux professionnels de santé d'exercer leur métier sans se délester, pour les cas les plus consommateurs de temps, sur les urgences des hôpitaux ou des réseaux trop spécialisés et de bénéficier d'une assistance logistique ou d'une aide dans les prolongements médico-sociaux et sociaux de la prise en charge des patients.

- [16] La mission a également inscrit un principe, celui de confier au médecin de premier recours, et à lui seul, la décision du déclenchement de la coordination, au cas par cas. Ceci permet au médecin, qui joue un rôle pivot dans la prise en charge des patients, d'assurer la cohérence de la coordination. Ce rôle ne doit pas être confié au patient ou à d'autres professionnels, car la multiplicité de décideurs nuirait à l'efficacité du dispositif. En outre, si le patient décidait de sa propre coordination, son objet pourrait être élargi à l'excès, au-delà de la stricte incidence sur son état de santé.
- [17] Enfin, au nombre des éléments structurants, la mission propose de définir les trois fonctions principales à confier à la coordination elle-même : l'évaluation des besoins du patient et l'élaboration des réponses, l'accompagnement des patients et le suivi des interventions pouvant déboucher sur une réévaluation des réponses. Elle propose également de définir les fonctions relevant de l'autorité publique en région en tant que fonctions transversales d'organisation (protocoler les relations entre la ville et l'hôpital, notamment en ce qui concerne les entrées et les sorties, organiser la concertation avec les partenaires de l'Etat afin de garantir leur mobilisation, élaborer des répertoires des ressources mobilisables, au-delà des fonctions déjà assurées par les plateformes d'appui aux professionnels de santé -PAPS-).
- [18] Dans une troisième partie du rapport, la mission a analysé **les conditions de réussite** de la coordination territoriale d'appui. En matière d'organisation, la coordination d'appui devrait être organisée au plus près des médecins de premier recours pour en faire un des outils de leur pratique : quel que soit leur mode d'exercice, individuel ou regroupé, la prestation de coordination d'appui pourrait être sollicitée auprès de tout professionnel ou toute structure offrant cette prestation : des structures collectives de soins (cabinet de groupe, maisons ou pôles ou centres de santé), des structures de coordination déjà existantes (réseaux de santé, CLIC, MAIA, services sociaux divers), d'autres groupements de professionnels constitués par exemple sous forme associative. Et il serait possible que le médecin confie la coordination à un professionnel (social ou de santé) en l'intégrant dans l'équipe de soins, notion figurant dans l'article 25 du projet de loi santé et définie comme *« un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique thérapeutique de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie ou aux actions nécessaires à leur coordination. »* L'ARS quant à elle serait chargée d'organiser l'offre de coordination, en définissant une stratégie de développement des coordinations d'appui sur le territoire régional, et en attachant à ce développement une offre de services, en matière d'information des médecins ou de mesures incitatives à la coordination.
- [19] En matière de financement, la mission recommande de mettre fin au financement actuel par subvention aux structures en construisant un modèle de financement nouveau, axé sur la prestation de coordination, incitatif à la coordination et à sa performance. Ceci suppose de définir une tarification, permettant de distinguer, en nombre limité, quelques niveaux de complexité de la prise en charge. Le rapport évalue le coût total de la coordination territoriale d'appui entre 350 et 400 millions d'euros. Ce coût est un coût brut car la rémunération à la prestation devrait se substituer progressivement aux subventions attribuées aux structures offrant d'ores et déjà une prestation de coordination. Il faut donc en déduire le montant équivalent, que la mission n'a pu déterminer tant les fonctions assurées par ces structures sont hétérogènes, pour déterminer le coût net. Quoiqu'il en soit, pour s'assurer notamment que les dépenses ne seront pas redondantes, l'ARS doit pouvoir, dans le cadre d'une tarification nationale de la prestation, mobiliser l'ensemble des financements dédiés à la coordination, soit par le biais du fonds d'intervention régional (FIR), soit dans le cadre des futurs contrats territoriaux de santé afin d'associer les collectivités territoriales.
- [20] Pour les ressources humaines, la mission recommande la définition d'un socle professionnel de compétences/connaissances pour les coordonnateurs, qui pourrait compléter un cursus initial, qu'il soit social ou sanitaire. Les différentes formations proposées devraient déboucher sur un diplôme afin de structurer l'émergence de ces nouvelles compétences et assurer la mobilité professionnelle.

- [21] Pour les ressources informatiques, la mission souligne leur caractère stratégique pour la coordination qui suppose par nature un échange d'informations efficace entre les professionnels concernés. La mission recommande que les outils informatiques comprennent impérativement une messagerie sécurisée. Elle insiste également pour que les systèmes d'information soient d'abord une réponse aux besoins exprimés par les professionnels de terrain, qu'ils soient simples d'utilisation et intégrés aux outils informatiques habituels du médecin de premier recours. Le développement du recours effectif à ces outils passe par une assistance technique de proximité à l'utilisateur. Cette fonction d'assistance aux utilisateurs pourrait être logée dans la plateforme de service organisée sous l'égide de l'ARS.
- [22] Le système proposé pourrait être mis en œuvre progressivement, par exemple en le proposant d'abord aux médecins exerçant dans le cadre collectif pour l'étendre progressivement aux médecins de premier recours en exercice individuel.

Enfin, la mission recommande que la future coordination d'appui fasse l'objet d'une évaluation médico-économique, par exemple par la HAS. Si le modèle économique des coordinations repose sur le fait que le coût de la prestation de coordination serait inférieur aux hospitalisations évitées ou prolongées, aux actes redondants,...il faut également évaluer les effets positifs à travers l'accès à des soins de qualité mieux adaptés aux besoins de la personne.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
1 LA SITUATION ACTUELLE REpond MAL A UN BESOIN IDENTIFIE DE COORDINATION TRANSVERSALE	15
1.1 La structuration des organisations débouche sur une pléthore de structures, de fonctions et de processus sans véritable liaison entre la prise en charge médico-sociale et la prise en charge clinique	15
1.1.1 Des organisations profuses qui se sont multipliées par pathologie ou par public.....	17
1.1.2 Des structures très dispersées dont les méthodes sont mal harmonisées.....	22
1.2 Les cloisonnements et la concurrence entre administrations nationales, locales, sociales alimentent la confusion.....	24
1.2.1 Des cloisonnements persistants favorisant la concurrence entre les différentes autorités	24
1.2.2 La coordination entre les établissements de santé et la médecine ambulatoire a du mal à s'installer.....	25
1.2.3 La nomenclature des territoires, fonction de chacune des politiques publiques mises en œuvre, renforce encore la complexité voire la confusion dans l'organisation des prises en charge.....	26
1.3 Une organisation qui répond mal aux besoins des patients et des professionnels de santé	27
1.3.1 Dispositifs par dispositifs, les bilans sont très mitigés.....	27
1.3.2 La réponse aux besoins des patients.....	30
1.3.3 L'utilité pour les professionnels de santé	32
1.4 Une organisation au surplus coûteuse pour l'Etat, les collectivités territoriales et la sécurité sociale.....	33
1.4.1 Les modalités du financement dupliquent l'organisation de l'offre de soins sans contribuer à la structurer pour faciliter la coordination	33
1.4.2 Le coût de l'ensemble des dispositifs, non évalué, atteint plusieurs centaines de millions d'euros.....	36
2 LES ELEMENTS STRUCTURANTS POUR BATIR UNE COORDINATION D'APPUI.....	39
2.1 Un objectif : l'amélioration de la qualité de la prise en charge répond à une forte attente.....	39
2.1.1 Adjoindre des fonctions complémentaires aux soins pour les faciliter s'impose comme objectif premier.....	39
2.1.2 Réaliser des économies à travers les dispositifs de coordination n'est pas établi	40
2.2 Un principe : la coordination doit permettre au médecin de premier recours qui joue un rôle pivot dans la prise en charge des patients d'en assurer la cohérence globale.....	41
2.2.1 Le médecin de premier recours doit être celui qui décide la coordination.....	41
2.2.2 Donner à d'autres cette responsabilité nuirait à l'efficacité du dispositif.....	43
2.3 Une méthode : définir les fonctions à assurer.....	43
2.3.1 Les fonctions à mobiliser pour une prise en charge coordonnée du patient	43
2.3.2 Les fonctions relevant de l'autorité publique en région.....	45
3 LES CONDITIONS DE REUSSITE.....	46
3.1 L'organisation proposée s'appuie sur le rôle central du médecin de premier recours tandis que l'ARS prend la responsabilité de l'organisation elle-même.....	46
3.1.1 La coordination est organisée au plus près des médecins de premier recours pour en faire un des outils de leur pratique	46
3.1.2 Les actions d'organisation de l'offre de soins et de santé publique au titre de la coordination relèvent du niveau régional.....	47
3.2 Construire un modèle de financement, incitatif à la coordination et à sa performance, axé sur la prestation plutôt que la structure	51
3.2.1 Adopter une tarification permettant de distinguer quelques niveaux de complexité de la prise en charge.....	51

3.2.2	Approche du coût global de la coordination territoriale d'appui.....	54
3.2.3	Dans le cadre d'une tarification nationale de la prestation, l'ARS doit pouvoir mobiliser l'ensemble des financements dédiés à la coordination.....	56
3.3	Le personnel.....	57
3.4	Les systèmes d'information.....	58
3.5	Un modèle économique à évaluer.....	60
3.6	Montée en charge du dispositif.....	61
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	63
	LETTRE DE MISSION.....	65
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	66
	ANNEXE 1 : SYNTHÈSE DU QUESTIONNAIRE.....	73
1	LES DISPOSITIFS RECENSES	75
2	LES TERRITOIRES	76
3	FILE ACTIVE.....	76
4	PROCÉDURES ET MÉTHODES	77
5	SYSTÈMES D'INFORMATION.....	78
6	LES AUTRES OUTILS	78
7	LE GESTIONNAIRE DE CAS.....	78
8	L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP).....	80
9	FINANCEMENT	80
	ANNEXE 2 : LE FINANCEMENT DES COORDINATIONS D'APPUI.....	81
1	DES FINANCEMENTS AUSSI HÉTÉROGÈNES QUE LEURS BÉNÉFICIAIRES.....	83
1.1.1	Les dispositifs de coordination existants et leur financement.....	83
1.1.2	L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).....	87
1.1.3	La rémunération individuelle des professionnels de santé au titre de la coordination des soins	88
2	LE FINANCEMENT DES COORDINATIONS EST COMPLEXE ET FRAGILE	91
2.1	Des financements obtenus le plus souvent dans le cadre d'expérimentations.....	91
2.2	Des financements complexes malgré la rationalisation issue de la création du FIR.....	92
2.3	Le difficile chiffrage du coût des coordinations et des économies en résultant.....	92
	ANNEXE 3 : LES SYSTÈMES D'INFORMATION DES COORDINATIONS D'APPUI.....	95
1	EN DÉPIT D'INVESTISSEMENTS CONSIDÉRABLES, LES OUTILS PROPOSÉS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ N'ONT PAS ENCORE CONVAINCU LES PROFESSIONNELS DES COORDINATIONS.	97
1.1	Le dossier médical.....	98
1.1.1	Le Dossier Médical Partagé (DMP).....	98
1.1.2	Le dossier pharmaceutique (DP).....	102
1.1.3	Autres outils de partage d'informations.....	102
1.2	La messagerie sécurisée.....	103
1.3	Les répertoires partagés.....	105
1.3.1	Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).....	105
1.3.2	VIA TRAJECTOIRE®.....	110

2	LA PERSISTANCE DES OUTILS ET METHODES D'ECHANGE D'INFORMATION « PAPIER ».....	111
3	COMPARAISONS INTERNATIONALES	111
	ANNEXE 4 : LES TERRITOIRES DES COORDINATIONS	113
1	LES MAIA	116
2	LES PAERPA.....	119
3	LES RESEAUX.....	120
4	LES CLIC	122

- [23] La ministre des affaires sociales, santé et des droits des femmes a demandé au chef de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), par lettre du 20 janvier 2014, de diligenter une mission chargée de « procéder à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées ».
- [24] Philippe BLANCHARD, Laurence ESLOUS et Isabelle YENI, membres de l'IGAS, ainsi que Pauline LOUIS, stagiaire, ont été désignés pour effectuer ces travaux.
- [25] Cette mission a été envisagée dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) qui trouve sa traduction dans le projet de loi santé et le projet de loi sur l'adaptation au vieillissement : la notion de parcours de santé, transversale à toutes les réflexions en cours, introduit la nécessité de faire appel, de manière coordonnée, à tous professionnels dans les trois champs sanitaire, médico-social et social.
- [26] Cette réflexion menée en France n'est pas isolée puisque tous les pays de l'OCDE ont exprimé un besoin de coordination.

Prestations et expériences de prise en charge coordonnée des personnes âgées et des malades chroniques à l'étranger : quelques exemples.

- [27] La GRANDE-BRETAGNE a expérimenté le projet Darlington en 1985. Celui-ci disposait d'une équipe multidisciplinaire et de gestionnaires de cas pour une offre de soins gériatriques intégrée. Ce pays a ensuite multiplié les initiatives, comme les Care Trusts, ou centres de soins intégrés, qui rassemblent dans un établissement hospitalier ad hoc les compétences sanitaires et médico-sociales du NHS et celles des collectivités locales. Il en existe 10 aujourd'hui dont 5 pour les maladies mentales/psychiatrie. Le développement du case management figure dans le livre blanc « caring for people » de 1989.
- [28] Aux ETATS-UNIS, plusieurs programmes locaux ou nationaux et une administration fédérale mettent en œuvre des coordinations médicales, sociales et médico-sociales.
- [29] Le programme On Lok Lifeways à San Francisco (Californie) s'est imposé comme un paradigme des modèles de services intégrés réunissant les soins et les prises en charges sociales et médico-sociales. Il a débuté dans les années 1968 dans un foyer pour personnes âgées du quartier chinois de la baie de San Francisco. Il couvre maintenant toute la ville.
- [30] On Lok a inspiré le Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), programme fédéral, financé par Medicare et Medicaid, qui vise à procurer les soins nécessaires aux personnes âgées sur leur lieu de vie et éviter ainsi leur hospitalisation. Les dispositifs locaux PACE emploient des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux etc.) et fournissent tous les soins et services nécessaires, y compris le transport. Ils sont financés sur la base d'un forfait mensuel par bénéficiaire. Les conditions d'éligibilité sont larges (exemple : avoir plus de 55 ans, habiter dans le périmètre d'un PACE).
- [31] Les Social Health Maintenance Organizations (S/HMO) regroupent des compétences sociales et médico-sociales et des professionnels de santé. Il existe 4 programmes S/HMO.
- [32] La Veterans Health Administration (VHA) constitue le plus important système de soins et de services sociaux intégrés des Etats-Unis. La VHA est financée et gérée de manière centralisée par le gouvernement fédéral.
- [33] D'autres exemples d'expérimentations de prises en charge coordonnées entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux existent, notamment au Québec, en Italie, en Suède ou en Australie.
- [34] Malgré tout, la coordination ne répond pas à une définition précise et consensuelle.

- [35] En effet, il n'existe actuellement pas de définition légale de la coordination territoriale d'appui. En revanche, un certain nombre de réflexions en ont livré leur conception en la distinguant de la coordination clinique de proximité. Une autre notion existe proche des deux premières : la coordination des soins.
- [36] Le rapport du comité de pilotage de janvier 2013 sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie présidé par Dominique LIBAULT considère que « *l'équipe de proximité¹ doit pouvoir s'appuyer, quand elle le souhaite, sur une coordination territoriale d'appui : à caractère à la fois social et sanitaire, assise sur un territoire plus étendu que celui de la coordination de proximité, cette coordination territoriale d'appui permettrait de mieux gérer la complexité sociale et sanitaire des parcours de santé des personnes âgées, aussi bien des professionnels de proximité que des aidants.* »
- [37] Dans le cadre de la mise en œuvre de ces recommandations, est né le projet PAERPA² dans lequel une coordination territoriale d'appui est « *une plateforme d'appui aux professionnels et aux familles au niveau territorial visant à favoriser l'information, l'orientation, les échanges entre professionnels.*
- [38] *Les acteurs de proximité doivent pouvoir bénéficier d'une structure d'appui, qui leur facilite la tâche et les libère d'un certain nombre de recherches ou travail social (par exemple) afin d'être recentré sur leur véritable valeur ajoutée vis-à-vis de la personne.*
- [39] *Cette coordination n'est pas une structure supplémentaire : ses fonctions peuvent être prises en charge par une des formes de coordination préexistante, en lien avec les autres acteurs.* »
- Le rapport de juin 2013 du comité des sages présidé par Alain Cordier³ propose de renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux, c'est à dire « *créer du lien ou du liant entre les acteurs en s'inspirant d'initiatives réussies* ». A ce titre, il recommande de « *promouvoir la mutualisation des moyens des professionnels dans les territoires de proximité (plateforme territoriale d'appui)* ». Il rappelle que, face à la difficulté du parcours de soins pour certains patients ou certaines personnes, ont été proposés :
 - « *l'émergence de fonctions et de structures (plateformes) territoriales d'appui sur lesquelles les équipes de proximité puissent s'adosser ou avoir recours (assistant(e) de coordination auprès du malade, gestionnaires de cas complexes, structures alternatives à l'hospitalisation complète (répit, hébergement provisoire...), structures ambulatoires spécialisées de spécialistes, structures dédiées (santé mentale, démence...).* - *un appui technique aux équipes de proximité :*
 - centres d'information sur les ressources disponibles,
 - assistance maintenance outils informatiques,
 - assistance au recueil, traitement, analyse de données à visée santé publique : approche populationnelle, permettant des politiques de nature à réduire les inégalités ou à visée de régulation (évaluation des pratiques professionnelles (EPP), audit sur pratiques et organisation) de nature à améliorer pertinence et efficacité des soins. »
- [40] Dans la contribution de l'IGAS à l'organisation des soins de premier recours dans le cadre des réflexions sur la SNS, une tentative de définition est donnée sous la forme d'un niveau territorial d'appui qui « *couvre plusieurs équipes de soins primaires des établissements sociaux et médico-sociaux et un ou plusieurs établissements de santé* » et sur lequel un certain nombre de fonctions sont assurées.

¹ Il s'agit de l'équipe de coordination clinique de proximité rassemblant "autour du médecin traitant, un infirmier diplômé d'Etat, libéral ou coordonnateur de SSIAD, un pharmacien d'officine et le moment venu un masseur kinésithérapeute ou un autre professionnel de santé devant intervenir régulièrement au domicile".

² Présentation du projet PAERPA dans le cadre de la SNS : février 2014

³ Un projet global pour une stratégie nationale de santé - 19 recommandations du comité des sages - juin 2013

- [41] En ce qui concerne la coordination des soins, il en existe, selon la HAS qui cite une revue systématique de la littérature publiée en 2007, plus de quarante définitions⁴. Cette notion est *a priori* différente de la notion de coordination territoriale d'appui. On peut néanmoins se demander s'il ne s'agit pas d'une traduction de l'expression anglo-saxonne « care » qu'on oppose traditionnellement à « cure ».
- [42] On voit bien dans les travaux divers qui ont été menés sur le sujet l'abondance de concepts qui font référence à de nombreuses terminologies : gestion de cas, intégration, coordination, réseau, parcours, etc.

Définitions de différentes coordinations.

Extraits de « *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014)

- [43] « Expérimentée à partir du début des années 80 dans les pays anglosaxons, la « gestion de cas » peut être définie comme une stratégie de coordination des soins et des services qui a la particularité d'être centrée sur le « client » qui fait appel à ces services et non sur les organisations qui les délivrent... plusieurs modèles organisationnels voient le jour sous des noms divers : care coordination, case management, care management, disease management(...).
- [44] A partir des années 90, certains auteurs critiquent la mise en œuvre de ces modèles de gestion de cas en arguant qu'ils donneraient de meilleurs résultats s'ils étaient davantage pensés en lien avec le contexte économique et organisationnel global. Le but n'est plus seulement de faire faciliter la coopération entre des professionnels intervenant auprès des personnes mais aussi entre des organisations et notamment entre celles des secteurs sanitaire, médico-social et social qui financent les soins et les services ou les délivrent. La notion d'intégration a alors été théorisée (...) ». Trois modèles d'intégration des services sont distingués : « la liaison (linkage) quand chaque service a la possibilité d'orienter les personnes vers les autres services et réciproquement ; la coordination (coordination), où les différents services s'accordent pour mettre en cohérence les soins et les aides qu'ils fournissent ; et l'intégration complète (full intégration), lorsqu'un service pilote les soins et les aides de manière globale, avec une maîtrise complète des informations et du budget (...) ».
- [45] « Plusieurs cadres théoriques ont enfin été développés en Amérique du nord à partir des années 90, puis en Europe, pour proposer une organisation du système de santé adaptée à l'ensemble du parcours des personnes en situation chronique. (...). De nombreux termes sont employés parmi lesquels « critical pathway », « clinical pathway », « integrated care pathway », « care pathway »⁵. (...) »
- [46] Tous ces concepts ont en commun « d'insister sur la nécessité d'appréhender le système de soins de manière dynamique et englobante, c'est -à dire comprenant outre la partie sanitaire, toutes les interventions réalisées dans le milieu de vie de la personne (...) »

- [47] A partir des caractéristiques communes à l'ensemble des définitions, les auteurs de la revue citée par la HAS définissent la coordination de soins comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. »

McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. Closing the quality gap : a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville MD : agency for Healthcare Research and quality 2007

⁵ "parcours critique", "parcours clinique", "parcours de soins intégrés", "parcours de soins".

- [48] La mission au moment de la rédaction du rapport a retenu une autre définition, plus large : la coordination territoriale d'appui rassemble tous acteurs (des professionnels de santé jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient et sans rupture des soins qui lui sont dispensés. La coordination vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS. En fonction des besoins de santé, la coordination peut être ponctuelle à l'occasion d'un accident de santé ou installée dans la durée. Elle est transversale quand elle prend en charge le patient indépendamment de son âge ou de sa pathologie.
- [49] La mission a rencontré l'ensemble des acteurs des administrations centrales et les opérateurs de l'Etat concernés par ces dispositifs ainsi que la CNAMTS et la HAS. Elle a consulté la documentation étrangère spécialisée et a eu des entretiens au Royaume Uni avec les responsables du National Health Service (NHS) ainsi qu'avec des chercheurs. Elle a adressé un questionnaire détaillé aux Agences Régionales de Santé (ARS) métropolitaines. Elle s'est rendue dans les régions Aquitaine, Bourgogne, Ile de France, Pays de la Loire et Provence Alpes Côte d'Azur pour y rencontrer les responsables de différentes coordinations.

1 LA SITUATION ACTUELLE REpond MAL A UN BESOIN IDENTIFIE DE COORDINATION TRANSVERSALE

1.1 La structuration des organisations débouche sur une pléthore de structures, de fonctions et de processus sans véritable liaison entre la prise en charge médico-sociale et la prise en charge clinique

- [50] Plusieurs acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment les réseaux de santé, les maisons de santé, les centres de santé, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements de santé (notamment à travers les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques) et médico-sociaux et les autres structures médico-sociales (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH),etc.

Quelques exemples de regroupements

Maisons de santé : article L.6323-3 du code de la santé publique

- [51] La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.
- [52] Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.
- [53] Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434 - 2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Pôles de santé : article L.6323-4 du code de la santé publique

- [54] Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5 (*c'est-à-dire le schéma régional de prévention*).
- [55] Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Centres de santé : article L.6323-1 du code de la santé publique

- [56] Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code. Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.
- [57] Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.
- [58] Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.
- [59] Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.
- [60] Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. (...)
- [61] D'autres organisations destinées à renforcer l'intégration des interventions des acteurs autour des patients ont été expérimentées, par exemple les MAIA.
- [62] La multiplication des types de structures va de pair avec le souci de trouver des réponses les plus fines possibles aux difficultés d'accès aux soins des patients. Elle résulte souvent, au fil des différents plans de santé publique, des vœux et des actions des patients, de leurs familles ou de militants qu'ils soient professionnels de santé ou membres d'associations créées dans ce but.
- [63] Mais en partie du fait de cette pléthore, le besoin de coordination subsiste auquel les médecins de premier recours ne sont pas toujours en mesure de répondre notamment lorsqu'il faut prendre en compte la situation globale du patient au-delà des seuls aspects cliniques.

1.1.1 Des organisations profuses qui se sont multipliées par pathologie ou par public

1.1.1.1 Chaque secteur, chaque pathologie a développé des structures spécifiques

- [64] Les organisations se sont multipliées au gré des plans de santé publique qui au cours des années récentes se sont succédés pathologie par pathologie notamment sous la pression des patients et de leurs organisations : 7 plans en matière de santé des populations, 8 plans en matière de maladies chroniques⁶, 8 plans en matière de risques infectieux⁷, 4 plans de santé environnementale et 5 plans de préparation et gestion des alertes sanitaires. La plupart de ces plans prévoient des modalités de prises en charge particulières et spécifiques.
- [65] Les maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique insuffisance coronarienne et asthme) ont favorisé des organisations coordonnées et notamment les programmes de *disease management* qui y sont les plus anciens et les plus nombreux ; toutefois, à côté des réseaux et filières, les coordinations développées en matière de maladies chroniques sont souvent des coordinations cliniques (centres régionaux de lutte contre le cancer, cancéropôles, centres de coordination en cancérologie... coordonnés par les réseaux régionaux en cancérologie, RCP, etc.), c'est-à-dire limitées aux professionnels de santé.

Les réseaux de santé

- [66] Définis par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (Cf. article L.6321-1 du code de la santé publique), ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.
- [67] Ils assurent une prise en charge en fonction des besoins de la personne au regard de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils doivent procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.
- [68] Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.
- [69] Les réseaux sont principalement financés via le fonds d'intervention régional (FIR⁸) et par exception par d'autres sources de financement.

⁶ AVC, cancer, maladies rares, Alzheimer, développement des soins palliatifs, amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, prise en charge de la douleur, actions en faveur des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

⁷ VIH/SIDA, infections associées aux soins, infections nosocomiales, hépatites B et C, tuberculose, rougeole et rubéole congénitale, antibiotiques, chikungunya et dengue.

⁸ Depuis le 1er mars 2012, la part régionale du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui finançait les réseaux de santé, a été intégrée dans le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

- [70] D'autres dispositifs sont dédiés à des publics spécifiques :
- le secteur des personnes âgées : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été institués par décret du 8 mai 1981 ; les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ont fait l'objet d'une expérimentation⁹ tandis qu'une circulaire¹⁰ en définissait les missions. Les filières de soins gériatriques¹¹ (2002) sont quant à elles issues du monde hospitalier. Plus récemment, l'article L. 113-3 introduit dans le code de l'action sociale et des familles par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a donné une base juridique aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) : leur périmètre d'action a été étendu¹² au titre de la mise en œuvre du plan Alzheimer (mesure 4) à l'amélioration de l'accueil, de l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. La circulaire DGCS/DGOS/CNSA/2014/09 du 15 janvier 2014 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2014 ne parle plus de « maisons » mais de dispositifs ou de « méthode » *« confiée à un dispositif ou une institution existant sur le territoire choisi, dénommé porteur du projet. Elle est impulsée par un pilote MAIA »*.

Deux exemples de dispositifs dédiés à des publics spécifiques

Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)

- [71] Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique sont des guichets à destination des retraités, des personnes âgées et de leur entourage ou des professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.
- [72] Leurs missions sont définies en fonction du niveau de label qui leur a été décerné :
- [73] - informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux (niveau 1) ;
- [74] - les missions précédentes auxquelles on rajoute la mission d'évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention (niveau 2) ;
- [75] - les missions des niveaux précédents complétées par la mission d'élaborer un plan d'aide, accompagner, assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner (niveau 3).
- [76] Leur gestion est en général assurée par des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS gérés par les communes) ou par des associations locales mais ils font l'objet d'un cofinancement, principalement par les conseils généraux. L'Etat au travers du FMAD (Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile), la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole, les mairies et intercommunalités (CCAS), la Mutualité Française, peuvent également contribuer au fonctionnement du CLIC. Enfin les promoteurs et gestionnaires s'engagent à participer financièrement aux structures qu'ils développent.

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

- [77] Initialement dénommées maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), les MAIA sont appelées à devenir des méthodes. Elles ont reçu une base légale avec l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, codifié à l'article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles.

⁹ circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000

¹⁰ circulaire DGAS/AVIE/2C du 18 mai 2001

¹¹ circulaire DHOS/02/DGS/SDSD n° 2002/157 du 18 mars 2002

¹² circulaire DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre du plan national Alzheimer

- [78] « *Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leurs activités au sein des dispositifs MAIA.* »
- [79] « *Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.* »
- [80] Depuis 2011, les dispositifs MAIA sont financés par les ARS sur la base de crédits alloués à la fois par la CNSA (section 1, sous-section 2 du budget de la CNSA) pour 188 dispositifs et par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour 14 dispositifs. A partir de 2013, ces financements ont été regroupés dans le fonds d'intervention régional (FIR).

- dans le champ du handicap, les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées (MDPH), créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, accueillent les personnes handicapées, les informe de leurs droits et les accompagnent. Au sein de chaque maison, une équipe pluridisciplinaire est chargée d'évaluer les besoins de compensation ; elle peut être constituée de médecins, d'ergothérapeutes, de psychologues, de spécialistes du travail social, de l'accueil scolaire, ou de l'insertion professionnelle. Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), institués par le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, ont pour vocation, « *dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts à la collectivité (...). les prestations du SAMSAH sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée en particulier d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes* » (cf. MDPH.fr en 2009).

1.1.1.2 Pour une même pathologie ou un même secteur, les structures sont redondantes

- [81] Au sein d'un même type de population ou pour une même pathologie, la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres, et sans toujours intégrer les professionnels de santé. Cette situation conduit à organiser la coordination de la coordination dans une fuite en avant nuisible tant à l'efficacité qu'à la lisibilité pour les principaux intéressés.
- [82] Dans le secteur des personnes âgées par exemple, en ce qui concerne la création des MAIA, la CNSA note que « *leur création repose sur le constat d'une fragmentation de la prise en charge des personnes âgées, tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides que pour le fonctionnement des structures et des services, particulièrement problématique dans la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. D'autres structures de coordination ont déjà été mises en place, telles les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les réseaux gérontologiques, sans qu'aucune ne soit légitimée par l'ensemble des services d'un territoire pour suivre la personne tout au long de son parcours* »¹³.

¹³ cf. site de la CNSA/ contribuer aux plans nationaux : plan Alzheimer 2008-2012/les MAIA.

- [83] Mais les MAIA qui devaient être sanitaires, médico-sociales et sociales n'ont pu s'imposer aux professionnels de santé et sont restées sur le champ médico-social et social sur lequel les CLIC, notamment ceux de niveaux 3 étaient déjà positionnés. Aussi, les pouvoirs publics expérimentent-ils le dispositif PAERPA. A ce stade il paraît difficile d'envisager comment toutes ces structures vont pouvoir perdurer sans ce faire concurrence même si la transformation des MAIA de maisons en méthodes, « portées » par les PAERPA ou les CLIC peut apporter un début de réponse. Toutefois, la mission a pu se rendre compte à travers les entretiens qu'elle a menés que même transformées en méthode, les MAIA restent perçues comme des structures employant du personnel, même si celui-ci relève des associations qui les « portent ». Ainsi, dans sa contribution au rapport sur la stratégie nationale de santé du comité des sages présidé par Alain Cordier, l'IGAS note-t-elle que « *s'agissant de PAERPA, son articulation avec les MAIA génère des inquiétudes car les populations concernées sont relativement proches. Certaines ARS ont fait le choix d'utiliser l'organisation de la MAIA pour la gouvernance du projet PAERPA, ce qui paraît préférable à la constitution de structures ad hoc* ».

L'expérimentation PAERPA

- [84] Le dispositif PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en s'attaquant aux difficultés ou ruptures pouvant se produire au cours de leur prise en charge. Cette démarche qui vise à repérer les situations de risque de perte d'autonomie, à limiter le recours à l'hospitalisation et à préparer efficacement le retour à domicile repose sur l'amélioration de la coordination entre les acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées en ville, à l'hôpital ou dans le médico-social.
- [85] Il est expérimenté, en application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale, par neuf ARS depuis septembre 2013, sur la base d'un cahier des charges national. Les neuf territoires retenus sont les 9^e, 10^e et 19^e arrondissements de Paris, le Grand Nancy, le territoire du Lochois, le département des Hautes-Pyrénées, le département de la Mayenne, Bordeaux, le Valenciennois-Quercitain, la Corrèze, le nord de la Nièvre.
- [86] Les crédits dégagés le sont pour les dépenses nouvelles liées à ce projet et viennent abonder le Fonds d'intervention régionale (FIR). Par exception, ces crédits ne sont pas fongibles au sein du FIR.
- [87] Ce financement doit être subsidiaire : le principe des projets pilotes est de s'appuyer sur les financements existants afférents aux différents dispositifs de politique publique relatifs au parcours de santé des personnes âgées.

1.1.1.3 Les organisations qui ambitionnent d'apporter une réponse transversale aux besoins des patients, quels que soient l'âge et la pathologie des patients, restent largement cantonnées à la coordination médico-sociale ou à la coordination clinique sans vraiment réussir à faire le lien entre les deux

- [88] Plusieurs dispositifs tels que le parcours de soins coordonné, les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, les réseaux de santé polyvalents, sont généralistes car visent à bénéficier aux patients, indépendamment de leur âge et pathologie, et en faisant le lien entre ses besoins sanitaires et médico-sociaux.
- [89] Ces dispositifs, qui ont émergé récemment, ne répondent pas assez à cet objectif de coordination transversale.

- [90] La mise en place de parcours de soins¹⁴ a répondu à des motifs économiques : l'une des premières mentions du parcours de soins coordonnés figure dans le code de la sécurité sociale en application de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie¹⁵. Cette dernière a été votée dans un contexte financier extrêmement dégradé¹⁶. Le médecin traitant y est le pivot du parcours : il a pour mission d'orienter le patient dans le système de soins et de gérer son dossier médical.

Le médecin traitant (article 12-1 de la convention médicale) :

- [91] - assure le premier niveau de recours aux soins,
- [92] - contribue à l'offre de soins ambulatoire,
- [93] - participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients,
- [94] - oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés,
- [95] - informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient,
- [96] - rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade,
- [97] - favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et veille à l'intégration de ces synthèses dans un dossier médical personnel,
- [98] - apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

- [99] C'est à lui qu'il revient de prescrire, lorsqu'il le juge opportun, la consultation d'un autre médecin (généraliste ou spécialiste). Lorsque le patient n'a pas recours au médecin traitant ou qu'il refuse l'accès à son dossier au professionnel qu'il consulte, la loi prévoit que son ticket modérateur peut être majoré. Par la convention de 2005, les spécialistes de secteur I sont autorisés à pratiquer un dépassement d'honoraires lorsqu'ils sont consultés par des patients sans prescription de leur médecin traitant. Pour les consultations externes hospitalières, une majoration non remboursable est applicable en cas de non-respect du parcours de soins.

- [100] Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif (article L.6323-3 du code de la santé publique). Constituées par des professionnels de santé, elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. Au 31 janvier 2013, 284 maisons et pôles de santé étaient ouverts.

¹⁴ A noter que la première insertion dans le code de la santé publique d'un parcours de soins coordonnés date de 2007 et concerne les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques : selon le décret 2007-1257 du 21 août 2007, le personnel médical et paramédical qui assure cette activité comprend : « (...) 5° des infirmiers expérimentés dont au moins un assurant la coordination du parcours de soins du patient ».

¹⁵ Le médecin traitant a succédé à l'option facultative du médecin référent, instituée par la convention médicale du 4 décembre 1998; l'assuré pouvait choisir un généraliste qui s'était inscrit comme médecin référent et devait s'engager à ne pas consulter un autre médecin généraliste (sauf urgence et circonstances exceptionnelles). Le médecin référent devait tenir pour le compte de son patient un document médical de synthèse. Ce système était fondé sur des incitations positives, au bénéfice de l'assuré (absence d'avance de frais) comme du médecin référent (rémunération forfaitaire à la capitation), coûteuses pour l'assurance maladie. A la date de sa mise en extinction, lors de l'institution du médecin traitant en 2004, 1,2 million d'assurés et 6 100 médecins généralistes y avaient adhéré.

¹⁶ Le déficit du compte de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) s'élevait à 11,9 milliards d'euros fin 2004, soit environ 10% des dépenses de la branche.

- [101] Les réseaux de santé s'orientent vers la polyvalence : l'instruction n° DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », fournit un cadrage pour accompagner l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur la coordination des soins et au service des équipes de proximité. Ce cadrage devra bien sûr être adapté en fonction des régions et des acteurs présents sur les territoires.
- [102] Parmi ceux que la mission a rencontrés, le réseau ARESPA, anciennement réseau de soins palliatifs, est devenu un réseau de santé polyvalent. Ce réseau, comme la plupart de ceux qui ont opté pour la polyvalence, a pour objectif de « *permettre à toute personne atteinte d'une maladie chronique, grave, évolutive dont le pronostic vital peut être mis en jeu, à toute personne en situation de perte d'autonomie et/ou un handicap permanent ou temporaire ou en situation à domicile jugée complexe par les professionnels de santé de bénéficier du dispositif de coordination d'appui proposé par le réseau.* » Il s'est donné pour missions « *d'organiser, mettre en œuvre, gérer et évaluer le dispositif de coordination d'appui en* » :
- [103] - proposant un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés,
- [104] - proposant un même appui aux patients, à leurs familles et aux associations de patients dans le cadre du retour ou d'un maintien à domicile,
- [105] - développant des collaborations avec les ressources existantes sur le territoire nécessaires pour la prise en charge de toutes les pathologies.

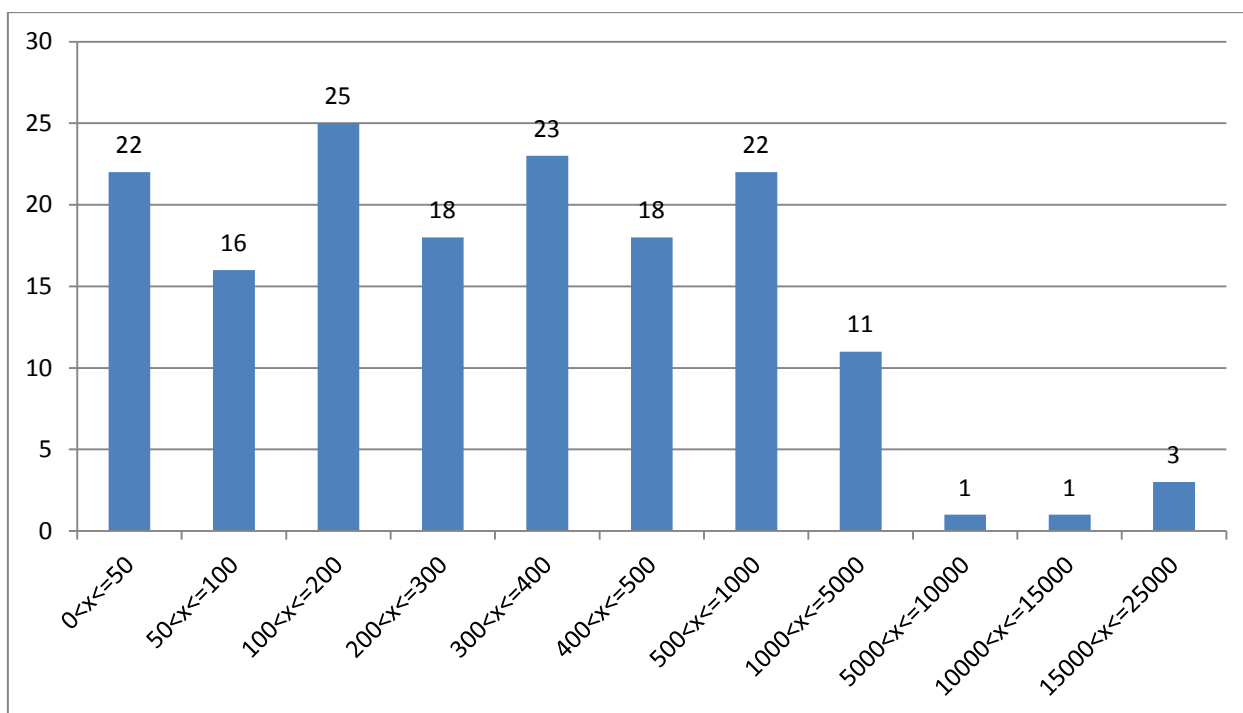
1.1.2 Des structures très dispersées dont les méthodes sont mal harmonisées

1.1.2.1 Les structures, très dispersées, prennent en charge un nombre limité de patients

- [106] Les structures sont très dispersées : les réponses au questionnaire¹⁷ adressé par la mission aux ARS et pour les seules structures dans leur champ montrent que 50 % des coordinations sont des réseaux. Mais elles montrent surtout que sur 160 dispositifs ayant répondu à la question, près de la moitié prennent en charge un nombre de patients inférieur à 300, un quart supplémentaire prend en charge un nombre de patients inférieur à 500 en 2013.

¹⁷ Cf. annexe 1.

Graphique 1 : Distribution des dispositifs selon le nombre de patients (x) pris en charge



Source : Mission à partir du questionnaire transmis aux ARS

1.1.2.2 Les fonctions, les méthodes et les procédures mises en œuvre sont très diverses et ne viennent pas toujours suffisamment en appui au médecin de premier recours

- Les fonctions assurées sont très diverses et pourtant parcellaires

[107] Les principaux rôles de la coordination sont la prise de rendez-vous, la mobilisation de soins et services à domicile, l'acquisition d'aides techniques et l'aménagement du domicile. Pour la quasi totalité des dispositifs, (88 % des réponses fournies dans le questionnaire adressé par l'IGAS aux ARS), une évaluation concertée des besoins des patients est assurée et les deux tiers assurent cette évaluation en passant par le domicile du patient. De la même manière, plus des deux tiers élaborent un plan personnalisé de santé. Mais il n'existe quasiment jamais de dispositif d'assistance aux professionnels de santé sous quelque forme que ce soit.

- Les méthodes et les procédures sont également très diverses

[108] Les différents modes de coordination, lors de leur conception ont eu pour but de rapprocher le sanitaire, le médico-social et le social. Cette chaîne de professionnels aurait dû permettre d'élaborer au cas par cas la prise en charge globale du patient à partir d'un état de santé dégradé ponctuellement ou dans la durée. En ce sens le plan personnalisé de santé, conçu comme une évaluation concertée de la situation du patient, aurait dû systématiquement rassembler tous les professionnels aux différents stades de sa mise en œuvre. Mais, selon les réponses au questionnaire de la mission, un peu plus de la moitié seulement des coordinations associe le médecin traitant et le personnel médico-social à l'élaboration du plan.

1.2 Les cloisonnements et la concurrence entre administrations nationales, locales, sociales alimentent la confusion

1.2.1 Des cloisonnements persistants favorisant la concurrence entre les différentes autorités

- [109] Les cloisonnements persistent entre l'Etat et l'assurance maladie, entre les administrations de l'Etat et la CNSA, entre l'Etat et les collectivités locales, entre la ville et l'hôpital, entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.
- [110] Le cloisonnement entre administrations centrales contribue au fractionnement des politiques. Le dispositif PAERPA est porté par la DSS et la DGOS en concurrence avec la CNSA responsable de la mise en place et de l'animation des MAIA. Le cahier des charges de celles-ci a pourtant été approuvé par la DSS et la DGOS. Par la force des choses, nombre de PAERPA sont adossés à des MAIA répondant ainsi avec pragmatisme à la complexité administrative. Longtemps a été maintenue la concurrence entre la DSS chargée du secteur de la médecine de ville quand la DH (devenue DGOS) s'occupait exclusivement des établissements de santé.
- [111] Les ARS ont été créées dans le souci de rassembler au sein d'une même structure le sanitaire et le médico-social quand le social relève des DGICS. Au sein des collectivités locales elles-mêmes, ces cloisonnements apparaissent : souvent, au sein du conseil général, la direction chargée de la santé (prévention sanitaire éducation à la santé) ne s'adresse-t-elle concrètement ni aux personnes âgées, ni aux personnes handicapées ni à l'ASE.
- [112] La dichotomie entre les responsabilités respectives de l'union des caisses d'assurance maladie et du Ministère de la santé maintient les efforts de coordination à l'écart de la logique de la loi HPST. Toujours selon la contribution de l'inspection générale, les organismes d'assurance maladie restent maîtres d'œuvre de la politique conventionnelle qui régit les activités des professionnels du secteur ambulatoire et l'Etat de celle de la politique tarifaire des établissements de santé. Ceci se retrouve à l'échelon local : dans le secteur des soins de ville, les ARS disposent certes de quelques leviers, en particulier en matière de permanence des soins ambulatoires via l'élaboration des cahiers des charges régionaux définissant les principes d'organisation, mais le levier conventionnel –qui reste national- leur échappe.
- [113] La cour des comptes dans son rapport de juin 2014¹⁸ note que « *la multiplication des expérimentations mettent également en concurrence les ARS et l'assurance maladie : Toutes les ARS se sont investies dans le développement des structures d'exercice coordonné. Dans ce cadre, elles participent à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Elles s'investissent également dans la déclinaison des protocoles de coopération découlant de l'article 51 de la loi HPST, et notamment du protocole Asalée. La CNAMTS, de son côté, a développé des expériences de coordination en termes de parcours, en particulier pour la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation (PRADO).* »

¹⁸ Rapport de la cour des comptes de juin 2014 sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé.

Le programme de retour à domicile (PRADO) de l'assurance maladie

(source rapport du HCAAM sur la coopération entre professionnels de santé)

- [114] Ce programme vise à raccourcir la durée de séjour à l'hôpital, répondant ainsi aux souhaits de patients hospitalisés qui veulent retourner rapidement à leur domicile. Il accompagne ainsi la réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier, dans une optique d'amélioration de l'efficacité de la dépense hospitalière et de la qualité de la prise en charge globale des patients.
- [115] Le PRADO a été mis en place à partir de 2010. Il repose sur :
- [116] - l'intervention de conseillers de l'assurance maladie au cours d'un séjour hospitalier,
- [117] - l'adhésion volontaire de patients éligibles (population déterminée en fonction du programme particulier et de son avancement), avec l'accord de l'équipe médicale ;
- [118] - la coordination de l'intervention au domicile de professionnels libéraux suite à l'hospitalisation, ainsi, le cas échéant, que de services sociaux.
- [119] Le programme consiste en plusieurs programmes aux enjeux distincts suivant l'hospitalisation concernée.
- [120] Ce sont les conseillers de l'assurance maladie qui assurent la coordination administrative pour le retour à domicile des patients, facilitant ainsi la coordination médicale. Si l'aide aux gestes de la vie courante est proposée, la coordination est essentiellement assurée entre professionnels de santé.

- [121] Trois programmes sont actuellement développés et devraient être ultérieurement complétés : PRADO maternité, PRADO orthopédie et PRADO insuffisance cardiaque. Cette initiative de la CNAMTS est réservée aux assurés du régime général et peut rentrer en concurrence avec des initiatives d'autres régimes ou des ARS : l'Igas dans son rapport sur la gestion du risque note que : « *PRADO insuffisance cardiaque et ces initiatives se sont développées sans concertation entre les différents porteurs, alors que l'objectif poursuivi semble le même* ». Ou encore : « *des programmes similaires à PRADO sont développés par certaines ARS. C'est le cas en Ile de France (...). Ces programmes s'inspirent du dispositif CORDIVA, promu en Allemagne (...)* ».

1.2.2 La coordination entre les établissements de santé et la médecine ambulatoire a du mal à s'installer

- [122] La structuration de l'offre de soins elle-même ne contribue pas à installer la coordination dans la pratique médicale et en rend l'exercice plus difficile que ce soit du fait du cloisonnement et de la concurrence entre l'hôpital et la ville et/ou de la faiblesse de l'exercice collectif en ville. L'inspection générale, dans son rapport sur l'organisation des soins de 1^{er} recours dans le cadre de sa contribution à la stratégie nationale de santé de juin 2013, le décrit ainsi :
- [123] « *les établissements de santé occupent une place de premier rang dans la réponse aux problèmes de santé des Français¹⁹ : une personne sur six est hospitalisée dans l'année, soit en hospitalisation complète, soit en hospitalisation partielle. Mais le recours global à l'hôpital est beaucoup plus important : soit au titre des soins d'urgence (environ 16 millions de passages par an), soit au titre des séances et cures (dialyse, radio et chimiothérapies), soit encore au titre des 33 millions d'actes dits « externes ». Ce recours massif à l'hôpital concerne toutes les tranches d'âge, avec toutefois une nette prédominance des personnes âgées. (...)*

¹⁹ HCAAM. Avis sur la situation des établissements de santé, 23 avril 2009

- [124] *L'attachement historique aux principes de la liberté d'installation et du paiement à l'acte ont conduit à (...) à un manque de coordination entre professionnels de santé. Ainsi le rapport du HCAAM souligne par exemple la multiplicité des intervenants autour d'une personne âgée et leur manque de coordination ».*
- [125] En ce qui concerne PRADO, le rapport IGAS déjà cité note encore : « *les établissements peuvent se trouver face à une juxtaposition de plusieurs dispositifs non coordonnés et nécessitant à chaque fois des travaux spécifiques qui peuvent être dissuasifs décourageants* ».
- [126] Malgré l'encouragement aux regroupements de professionnels libéraux recherchés par les nouveaux modes de rémunération²⁰ par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le nombre de structures d'exercice collectif reste très faible. Les médecins exerçant dans les pôles et maisons de santé représenteraient 400 équipes à fin 2013 et « *environ 10 % des professionnels de soins primaires sont organisés en équipes structurées autour d'un système d'information et d'un projet de soins* » selon la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

1.2.3 La nomenclature des territoires, fonction de chacune des politiques publiques mises en œuvre, renforce encore la complexité voire la confusion dans l'organisation des prises en charge²¹

- [127] L'article L. 1434-16 du code de la santé publique dispose que « *l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région. Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires* ».
- [128] Sur le portail des ARS, on trouve une description des choix de découpage effectués par elles : « *Les découpages ont très majoritairement évolué²² par rapport aux anciens territoires. Seules trois régions sur vingt-six ont maintenu le découpage préexistant, départemental en l'occurrence. Neuf autres régions ont transformé leur découpage spécifique en un découpage départemental. Cinq régions ont évolué vers un nombre de territoires inférieur au nombre de départements. Enfin neuf régions ont choisi un découpage infra-départemental* »
- [129] On y voit également que « *Au-delà des territoires de santé, les ARS ont identifié des territoires de proximité dits également de projets ou d'actions, qui peuvent dans certaines régions se recouper avec les territoires d'accès aux soins de premiers recours* »²³.

²⁰ Cf. loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 et son article 44 autorisant l'expérimentation de rémunérations « complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant », pour une durée de 5 ans, dans les maisons de santé et centres de santé.

²¹ Cf. annexe 4.

²² A cette occasion on peut noter une diminution du nombre de territoires de santé : « *le nombre de territoires de santé est passé de 159 territoires de santé (DOM compris), définis dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) à 107 territoires de santé ARS, soit une diminution d'environ 33%.* » Même source.

²³ Site des ARS (www.ars.sante.fr) : présentation générale des ARS

- [130] On trouve également pour la mise en œuvre des contrats locaux de santé des territoires spécifiques tels que des bassins de santé intermédiaires visant à l'amélioration des parcours de santé ou la coordination entre l'offre hospitalière de premier niveau (urgences), l'ambulatoire et le secteur médico-social.²⁴
- [131] On pourra noter que les services et structures sociales qui relèvent des conseils généraux ont leur propre cartographie. Il en est ainsi des CLIC.
- [132] Au total, le thème de la coordination se répand sans véritable perspective d'ensemble et ... sans coordination.

1.3 Une organisation qui répond mal aux besoins des patients et des professionnels de santé

- [133] L'évaluation des coordinations existantes est très insuffisante et la mission n'a pu véritablement disposer de documents de synthèse au plan national. Les sources les plus lacunaires concernent les CLIC pour lesquels il n'existe pas de données nationales depuis la décentralisation du dispositif au 1^{er} janvier 2005. Pour les réseaux de santé, les éléments d'appréciation figurent dans le guide produit par la DGOS en octobre 2012. Pour les MAIA, le bilan que la mission a exploité est celui du plan Alzheimer.

1.3.1 Dispositifs par dispositifs, les bilans sont très mitigés

- [134] Les dispositifs, mis en place le plus souvent par pathologie, restent parcellaires et ne concernent qu'un nombre restreint de personnes.

1.3.1.1 Les réseaux

- [135] Pour les réseaux de santé, l'ANAES, devenue la HAS, avait produit en 2004 un guide d'évaluation des réseaux de santé. L'évaluation constituait un préalable dans la perspective de l'accréditation des réseaux prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et le guide produit devait constituer une aide à la démarche d'auto-évaluation.
- [136] En 2006, un rapport de l'IGAS concluait à un bilan « *très décevant* » au regard d'un double objectif de contrôle de la bonne utilisation des fonds publics et d'évaluation des actions financées, en notant cependant des réussites ponctuelles²⁵.
- [137] Six ans plus tard, le guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », publié par la DGOS en octobre 2012 et mis à disposition des ARS, comporte un bilan des réseaux de santé qualifié de « *contrasté* » : si les réseaux ont apporté des compétences et des expériences réussies, l'activité des 700 réseaux est hétérogène. Des réseaux sont devenus des effecteurs de soins, ce qu'ils n'étaient pas destinés à devenir, et les financements destinés à la coordination financent cette nouvelle orientation. L'efficacité est très variable et « *il n'existe pas de méthode d'évaluation médico-économique applicable à l'ensemble des réseaux de santé* ». Seuls existent des indicateurs de moyens et de processus qui ne permettent que de comparer les réseaux entre eux.

²⁴ Cf. plaquette de présentation des contrats locaux de santé octobre 2012

²⁵ *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*, rapport de synthèse n°2006 022 présenté par Christine DANIEL, Bérénice DELPAL, et Christophe LANNELONGUE.

1.3.1.2 Les MAIA

- [138] Les MAIA faisaient l'objet de la mesure 4 du plan Alzheimer (2008-2012), elles ont été évaluées au titre du bilan de ce plan.
- [139] Dans ce cadre, les limites énoncées sont les suivantes : « *les modalités d'expérimentation et de généralisation des MAIA sont à l'origine d'importantes limites qui constituent autant de point de vigilances dans une perspective d'extension à l'ensemble des prises en charge chroniques :*
- *un vocabulaire spécifique qui risque de décourager les acteurs de terrain ;*
 - *une méconnaissance par les acteurs de la population éligible, trop souvent réduite aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer alors que la LFSS pour 2011 a d'ores et déjà élargi son champ aux personnes en perte d'autonomie ;*
 - *des relations difficiles avec les médecins libéraux ;*
 - *des nouvelles MAIA (créées depuis 2011) en décalage par rapport aux MAIA « historiques », notamment quant à la compréhension par les « nouveaux » pilotes de la nécessité d'un travail de maturation assez long pour permettre l'émergence d'un cadre commun ;*
 - *des outils communs non validés scientifiquement et dont l'usage effectif doit être assuré ;*
 - *une légitimité qui dépend fortement du choix du pilote (ou chef de projet) et du choix de la structure porteuse du projet de MAIA ;*
 - *une approche lacunaire du coût de la mise en place du nouveau mode d'organisation, et une absence de modèle économique démontré. »*

1.3.1.3 Les CLIC

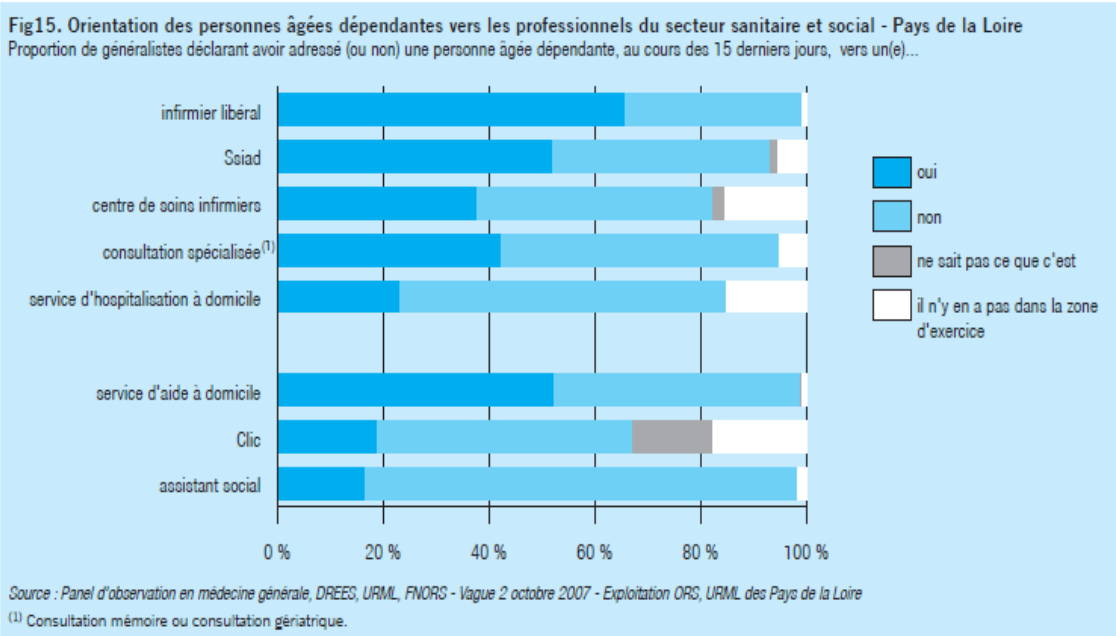
- [140] Il n'existe pas d'évaluation des CLIC au niveau national depuis la décentralisation du dispositif en 2005, selon ce qu'a pu en savoir la mission. Les évaluations sont dès lors très parcellaires et nécessiteraient de procéder territoire par territoire.
- [141] En ce qui concerne la couverture du territoire national, des CLIC existent dans la quasi totalité des départements mais les cartes (cf. ci-dessous chapitre 1.3.2) montrent que les collectivités territoriales se désengagent, peut-être au profit d'autres structures.
- [142] Territoire par territoire, la mission a pu disposer de données en région Pays de la Loire. Une enquête effectuée à la demande de la Conférence régionale de santé des pays de la Loire sur l'ensemble des CLIC de la région, qui s'est déroulée durant l'été 2008, montrait que « *en termes de population, les CLIC couvrent des populations d'importances très différentes : environ les trois quarts prennent en charge une population de moins de 50 000 habitants et 28 % une population supérieure à ce seuil. Trois CLIC couvrent une population de moins de 10 000 habitants. Dans certaines zones rurales, l'extrême dispersion des acteurs en zone de faible densité de population (et donc de professionnels) pose des problèmes spécifiques pour organiser la coopération entre les acteurs. Dans les grands centres urbains, les CLIC sont confrontés à d'autres contraintes d'organisation et notamment au fait que les acteurs de terrain, beaucoup plus nombreux, ne se connaissent pas forcément individuellement. »*
- [143] « *La même étude montrait que les CLIC étaient des structures légères (2 ETP par structure en moyenne) mais fragiles dans la mesure où avec 2 ETP "il peut paraître difficile d'assurer une permanence de services et de répondre aux différentes missions prévues dans leur cahier des charges, sachant que la grande majorité des CLIC ont le niveau de labellisation le plus étendu. »* De fait, les horaires d'ouverture sont divers et dans de nombreux cas peu suffisamment étendus. « *En ce qui concerne les plages horaires d'ouverture au public, 30 % des CLIC sont ouverts moins de 18 heures par semaine, 52 % de 18 à 35 heures, et 18 % plus de 35 heures. Un seul CLIC est ouvert le samedi ».*

- [144] Les relations avec les services d'aides, les EHPAD, les SSIAD et établissements de santé sont jugées par la grande majorité des CLIC « *tout à fait et plutôt satisfaisantes* ». En revanche, ces relations sont jugées moins satisfaisantes avec les généralistes, les pharmaciens ou la sectorisation psychiatrique. Une majorité des CLIC juge même les relations « *pas ou pas du tout satisfaisantes* » avec les généralistes libéraux.

Panel de médecins généralistes - Points clés de l'analyse de l'observatoire régional de la santé des pays de la Loire sur les CLIC et leur insertion dans le tissu régional de juin 2009

Les données disponibles au plan national avant la décentralisation du dispositif au 1er janvier 2005, avaient pointé **la collaboration insuffisante entre les CLIC et les professionnels de santé libéraux** : ces difficultés semblent persister comme le montre l'exploitation d'un panel DREES d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Moins de 20 % des médecins généralistes ont orienté leurs patients âgés vers un CLIC. Lorsqu'ils l'ont fait toutefois ils ont exprimé leur satisfaction.

Orientation par les médecins généralistes des personnes âgées dépendantes vers les professionnels du secteur sanitaire et social - pays de la Loire.



Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale - Mars 2009

D'autres difficultés ont été identifiées dans le panel en matière de coopération entre professionnels, notamment en matière de **disponibilité** des intervenants ; 76 % des généralistes estiment que les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes n'ont pas suffisamment de temps pour se coordonner, et **42 % constatent que les différents intervenants ne se connaissent pas individuellement**. Plus généralement, 53 % des généralistes estiment que les professionnels de santé présents dans leur zone de patientèle ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre aux besoins que nécessite la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Par ailleurs, 44 % des généralistes interrogés dans le panel estiment que le **retour d'information** entre les professionnels n'est pas bien organisé, même si la majorité d'entre eux (62 %) déclarent avoir été amenés à renseigner un cahier de liaison au cours des trois mois précédant l'enquête.

1.3.1.4 Les organisations transversales

➤ Le dispositif du médecin traitant

[145] Les organisations transversales telles le médecin traitant ne sont pas exemptes de critiques : la cour des comptes jugeant des effets de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, dans son rapport public de 2013 relève que *« pour les assurés, qui ont, dans leur très grande majorité, déclaré un médecin traitant, ce dispositif est demeuré un parcours essentiellement tarifaire, au demeurant peu compréhensible »*. Paradoxalement, *« pour les partenaires conventionnels, il a permis une augmentation et une diversification progressive de la rémunération des médecins »*.

➤ Les ENMR

[146] Les évaluations qualitatives réalisées par l'IRDES sur les ENMR permettent d'apprécier l'apport de ce mode de rémunération bien adapté à l'exercice collectif et à sa dynamique. En revanche, en ce qui concerne leur apport à la coordination, celui-ci n'est pas évalué en tant que tel. Comme le note l'IRDES, *« il conviendrait de trouver les indicateurs qui permettent de corréler actions réalisées et rémunérations perçues.²⁶ »*

[147] En tout état de cause, toujours selon l'IRDES, les ENMR comme tous les forfaits collectifs sont mieux adaptées à l'organisation de la coordination que la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), en ce que cette dernière ne favorise pas la coopération entre les professionnels, puisqu'elle ne bénéficie qu'à un seul, en l'occurrence au médecin. Elle n'est *a fortiori* pas non plus bien adaptée à la coordination.

1.3.1.5 L'expérimentation PAERPA

[148] On ne peut évaluer les projets PAERPA : les projets pilotes sont en effet en cours de déploiement dans neuf territoires pilotes (cinq régions depuis septembre 2013 et quatre régions depuis janvier 2014). L'année 2013 et le début de l'année 2014 ont été mis à profit pour effectuer les diagnostics territoriaux et installer les instances de gouvernance comprenant l'ensemble des acteurs dans chacun des neuf territoires.

[149] En conséquence, et au regard du sujet que la mission avait à traiter, il ressort clairement que cette profusion de structures n'a pas toujours permis d'apporter, aux patients, une information transversale, une orientation dans le système de santé et une prise en charge satisfaisantes non plus qu'aux professionnels de santé une aide dans la prise en charge de ces patients.

1.3.2 La réponse aux besoins des patients

[150] Les obstacles financiers et territoriaux ne sont pas les seuls obstacles à l'accès aux soins. On sait aujourd'hui qu'il faut les compléter des déterminants socio-culturels qui les renforcent : outre les problèmes financiers qui subsistent à travers le reste à charge ou l'avance des frais, l'organisation du système sanitaire et médico-social renforce les difficultés d'accès aux soins liées notamment au difficile repérage dans un système complexe.

[151] La baisse du nombre de médecins sur le court terme et l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins y contribuent également. Au-delà des déterminants sociaux et culturels ainsi envisagés, s'ajoutent les inégalités territoriales de santé²⁷. On a vu ci-dessus en effet que cette organisation complexe ne garantit pas son implantation sur l'ensemble du territoire :

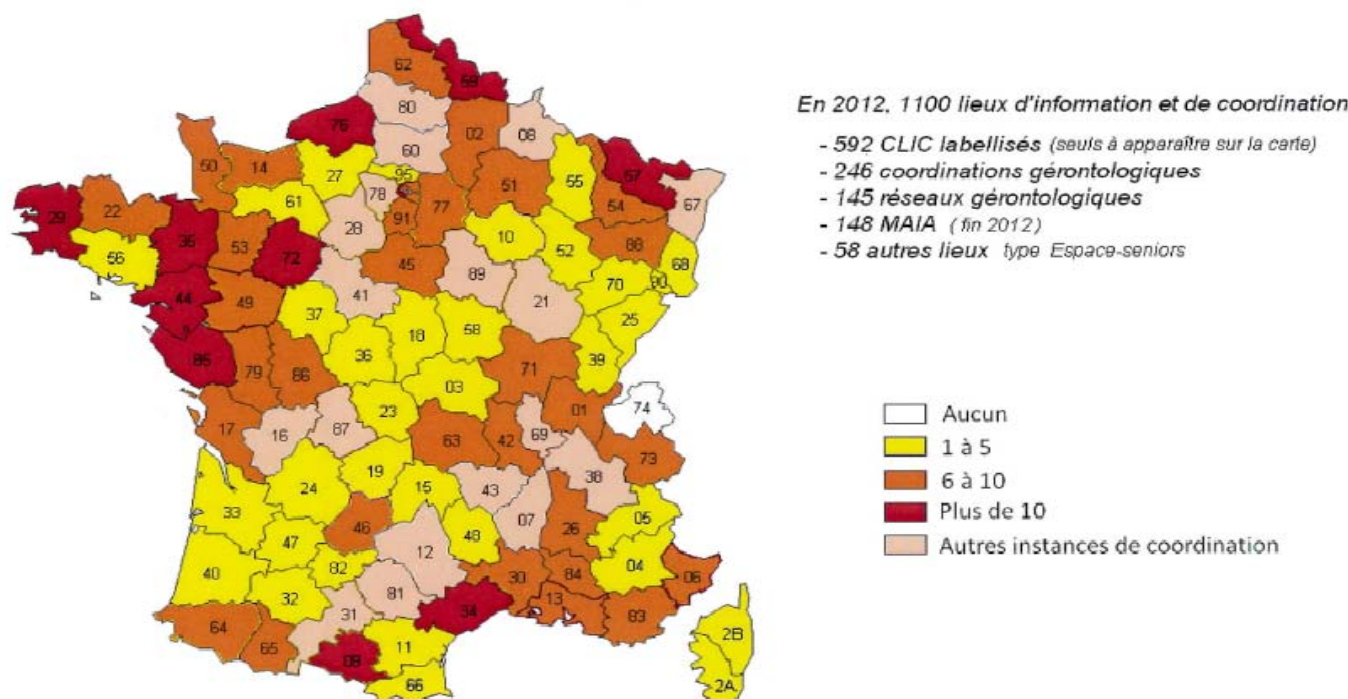
²⁶ Rapport de l'IRDES n° 557 septembre 2014, Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des ENMR en maisons et pôles de santé.

²⁷ DREES, documents et statistiques de décembre 2012 : *« Les soins de premier recours jouent un rôle essentiel sur la santé de la population. En France, bien que la densité médicale soit l'une des plus élevées d'Europe, l'accessibilité aux*

- la définition des zones laissées à l'initiative de différents acteurs a entraîné l'hétérogénéité des découpages administratifs ou des zones d'intervention. Couplée à la volonté de chacun d'entre eux d'inscrire sa marque spécifique, elle contribue à la couverture partielle du territoire ;
- les structures qui sont le plus souvent de taille et de moyens limités cantonnent leurs interventions à des zones géographiques précises : sans lien entre elles, leur action laisse également de côté certaines zones notamment les zones rurales.

[152] La carte ci-dessous montre à quel point l'implantation des structures peut être désorganisée et inégalaire :

Carte des CLIC labellisés de France
et autres instances de coordination fin 2012

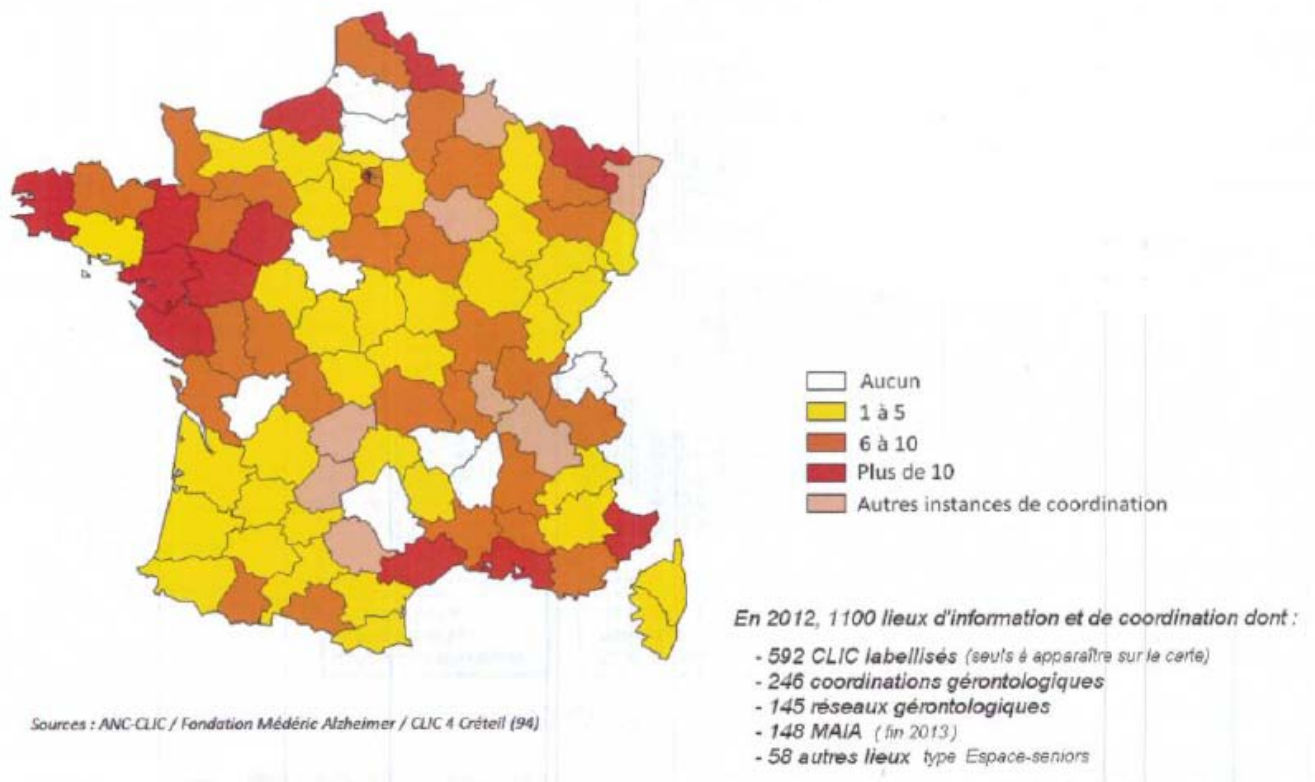


Source : ANC CLIC/fondation Mèdèric Alzheimer/CLIC 4 Créteil (94)

soins est aujourd'hui un enjeu majeur des politiques de santé, du fait du rôle important accordé au médecin généraliste de l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins et des tendances démographiques à la baisse du nombre de médecins sur le court terme ainsi que des fortes attentes d'une population vieillissante aux besoins de soins élevés et à la mobilité réduite »

- [153] La comparaison avec la carte de mai 2013 montre que les conseils généraux se désengagent et qu'à cette date plusieurs départements ne sont plus couverts par les CLIC : alors qu'en 2012 seul un département n'avait pas de CLIC, en mai 2013, ils sont 8. Il conviendrait toutefois de s'assurer que les fonctions des CLIC ne sont pas assurées par d'autres structures ce que la mission n'a pas pu faire.

Carte des CLIC labellisés de France Mai 2013



Source : ANC CLIC/fondation Médéric Alzheimer/CLIC 4 Créteil (94)

1.3.3 L'utilité pour les professionnels de santé

- [154] Indépendamment de la qualité de telle ou telle réponse, les réponses au questionnaire que les ARS ont bien voulu remplir montrent plusieurs défauts aux coordinations. En les croisant avec les visites que la mission a pu faire, il ressort que :

- un peu plus de la moitié des dispositifs de coordination seulement associe le médecin traitant à l'élaboration du plan personnalisé de santé (PPS). Le médecin traitant ne valide au final le plan que dans 27 % des cas dont il n'est destinataire qu'à 50 %. Le dispositif n'effectue des retours formalisés d'informations au médecin traitant que dans à peine plus de la moitié des cas.
- des contacts pris par la mission, il ressort que les médecins sont très satisfaits des coordinations à proximité de leur lieu d'exercice, voire intégrées à leur pratique quotidienne, comme dans les maisons de santé pluridisciplinaires.
- le consensus est beaucoup plus faible en ce qui concerne les coordinations indépendantes (certains réseaux ou certains CLIC). Les médecins leur reprochent tout à la fois de ne pas systématiquement fournir l'information sur le patient et d'être trop consommatrices de temps lorsqu'elles conditionnent le partage des informations à la tenue de réunions.

- [155] Les coordinations ne répondent pas aux défauts de l'organisation du système de santé car elles contribuent à sa complexité et à son fractionnement et à l'absence d'exhaustivité du système de soins.

1.4 Une organisation au surplus coûteuse pour l'Etat, les collectivités territoriales et la sécurité sociale

1.4.1 Les modalités du financement dupliquent l'organisation de l'offre de soins sans contribuer à la structurer pour faciliter la coordination

- [156] Les financements²⁸ n'ont pas contribué à installer la coordination dans l'organisation actuelle de l'offre de soins à laquelle ils se sont adaptés.
- [157] Sont financés pour leurs actions de coordination tant les réseaux que les CLIC que les MAIA. Les médecins exerçant de manière individuelle bénéficient également de rémunérations supplémentaires au titre de la coordination des soins. Récemment des expérimentations rémunèrent la coordination dans le cadre d'exercices regroupés.

1.4.1.1 Les financeurs et les financements sont multiples ce qui peut être source de complexité pour les porteurs de projet

- [158] L'Etat abonde au titre de la coordination les enveloppes à disposition des ARS, comme l'assurance maladie qui en outre dispose du FNPEIS et contribue au financement des rémunérations supplémentaires des médecins. Les départements et les caisses de retraite financent les CLIC, sans parler des communes qui financent les centres communaux d'action sociale qui sont en tant que tel des acteurs de la coordination. La CNSA finance les MAIA. Le nombre des financeurs s'étend aux établissements publics ou aux dispositifs conventionnels de formation.
- [159] Cette multiplicité des sources de financement est renforcée par l'absence de souplesse dans leur emploi.
- [160] Le financement se caractérise par une absence de fongibilité des enveloppes entre elles et à l'intérieur des enveloppes elles-mêmes. La directrice générale de l'ARS des pays de la Loire l'exprime ainsi dans un entretien du 24 septembre 2014 à l'APM : « *On a des enveloppes trop cloisonnées et c'est vraiment un frein* », déplore-t-elle. *Ce cloisonnement existe même à l'intérieur de chacune des enveloppes, souligne-t-elle. Par exemple, dans le domaine médico-social, il n'existe pas de fongibilité entre l'enveloppe des Esat (établissements et services d'aide par le travail) et celle pour l'hébergement médicalisé. « Alors qu'on a des personnes handicapées vieillissantes ou des jeunes de 20 ans pour lesquels il faudrait trouver de nouvelles solutions, on peut pas utiliser la fongibilité des enveloppes pour trouver des réponses à leurs besoins », regrette-t-elle en souhaitant que le chantier engagé sur la simplification par le gouvernement puisse permettre d'améliorer la situation.* »
- [161] Toutefois, la création par la LFSS pour 2012 du fonds d'intervention régional (FIR)²⁹ géré par chaque ARS, permet de regrouper au sein d'une même enveloppe globale, des crédits auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires³⁰.

²⁸ Cf. annexe 2.

²⁹ Article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, codifié dans les articles L1435-8 et suivants du code de la santé publique.

³⁰ Dans les domaines de la continuité et de la qualité des soins, de l'accompagnement de l'adaptation de l'offre de soins et d'accompagnement médico-social et de la performance hospitalière ainsi que de la prévention et de la promotion de la santé et de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie.

Le Fonds d'intervention régional (source : rapport d'activité 2013 du FIR)

[162] Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé le 1^{er} mars 2012 en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Les textes relatifs au fonctionnement du FIR sont codifiés aux articles L.1435-8 à L.1435-11 et R.1435-16 à R.1435-36 du code de la santé publique. Le fonds n'a pas la personnalité morale, mais dispose d'une comptabilité propre consolidée au sein des comptes de la branche maladie de la sécurité sociale, par la CNAMTS qui en assure la gestion comptable et financière. L'ensemble des décisions relatives au FIR sont soumises au conseil national de pilotage des ARS (CNP), qui définit par circulaires les orientations stratégiques, émet un avis sur la répartition des crédits entre régions. Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds, dans le cadre des textes réglementaires applicables aux ARS et notamment du décret du 27 février 2012 relatif au FIR. Il arrête en outre le bilan annuel du FIR.

[163] Les ressources du FIR sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, une dotation de l'Etat, une dotation de la CNSA, et le cas échéant par toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. A compter de 2014, le FIR fait l'objet d'un sous-objectif ONDAM voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Des arrêtés ministériels fixent chaque année, la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds ainsi que le montant des crédits alloués à chaque agence régionale de santé (ARS).

[164] Au titre de sa deuxième mission figure l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Elle comprend notamment :

- « le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, notamment les réseaux de télésanté et la télé-médecine ;
- des actions visant à améliorer la qualité des pratiques et des soins et en particulier les contreparties financières des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) prévus à l'article L. 1435-4 du CSP ;
- les réseaux de santé ;
- des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupe des professionnels de santé, en particulier au sein de maisons de santé, de pôles santé et de centres de santé ;
- (...). »

[165] Ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, une dotation de l'Etat et peut, le cas échéant, être complété par une dotation de la CNSA ou toutes autres dotations ou subventions prévues par des dispositions législatives ou réglementaires. C'est sur ces ressources que sont financées les expérimentations PAERPA, les MAIA et les réseaux.

[166] On voit que si la simplification des circuits financiers en 2012 est réelle³¹, elle est cependant partielle et n'a pas simplifié le paysage des bénéficiaires des financements, leur quête des financements et n'empêche pas les redondances. Des entretiens menés par la mission, il ressort que tant les dispositifs de coordination et les associations qui les animent que les services de l'Etat et ceux des collectivités territoriales ont dans la plupart des cas des difficultés à agir de concert et préfèrent mener les différents projets séparément ce qui ne contribue pas à l'harmonisation de la réponse aux besoins, à l'efficacité de la réponse, à la possibilité d'échange de bonnes pratiques. A cet égard certaines associations ont déclaré à la mission ne pas solliciter sur un même projet plusieurs financeurs pour éviter de leur donner l'impression de financer toutes les actions.

³¹ Igas, rapport de mars 2014 : évaluation du dispositif relatif au FIR et de son utilisation par les ARS

1.4.1.2 Ce constat doit être complété par des considérations sur les financements des actions de coordination mises en œuvre par les professionnels de santé

[167] En effet, à côté des financements alloués aux structures au titre de leur mission de coordination, l'assurance maladie finance individuellement les professionnels de santé. Ainsi, les médecins, au titre de la coordination clinique, perçoivent-ils de nombreux compléments d'honoraires sous forme de forfaits : introduits au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) mise en place par la convention médicale du 26 juillet 2011 qui comporte un volet « organisation du cabinet », dont deux indicateurs peuvent se rapporter à la coordination des soins :

- l'informatisation du cabinet médical nécessaire aux échanges d'informations entre les professionnels de santé ;
- surtout, la rédaction d'un « volet annuel de synthèse ».

[168] L'avenant n° 8 du 25 octobre 2012 à la convention médicale de 2011 et la mise en place du contrat d'accès aux soins permettent de valoriser le travail de coordination réalisé par les médecins traitants, en particulier par de nouveaux éléments de rémunération :

- deux consultations lourdes (2C), pour le suivi des patients insuffisants cardiaques ayant subi une hospitalisation et pour le suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte co-morbidité ;
- une majoration de 5 € pour les patients âgés (de plus de 80 ans à partir du 1^{er} juillet 2014) ;
- un forfait rémunérant le médecin traitant pour sa fonction de coordination des soins (5 € par an et par patient, patients en ALD exclus).

[169] Au total, de nombreuses rémunérations complémentaires se cumulent qui sont plus ou moins liées à des tâches de coordination, en lien avec l'âge, la chronicité ou la complexité des pathologies³².

[170] Le fait de conduire par profession la conclusion de conventions est peu propice à une organisation coordonnée entre professionnels : « *Le fait pour l'assurance maladie de privilégier des négociations très séquencées par profession a également retardé l'émergence de négociations interprofessionnelles. La mise en place d'un accord-cadre interprofessionnel (ACIP), prévue dès la loi du 6 mars 2002, n'est intervenue qu'en 2012. Cet accord expose surtout des déclarations d'intention. La loi du 13 août 2004 a introduit un autre type d'accords conventionnels interprofessionnels (ACI), à géométrie variable : cette possibilité n'a pas été exploitée jusqu'à ce jour par l'UNCAM, ce qui fait obstacle à une meilleure articulation entre les professions et à une coordination plus efficace des soins* »³³. La Cour des comptes note encore que : « *Les politiques conventionnelles sont marquées par une succession de négociations avec chaque profession, en « tuyaux d'orgue ». Cette situation a débouché sur une « négociation permanente », provoquant une instabilité des dispositifs qui rendent peu lisibles, pour les professionnels comme pour les patients, les objectifs poursuivis. Ces négociations très séquencées ont en outre compliqué l'émergence des approches interprofessionnelles. L'accord-cadre interprofessionnel de 2012 reste très pauvre, et la possibilité de conclure des accords conventionnels interprofessionnels, ouverte par la loi de 2004, n'a pas été utilisée. Dans le même temps, les expérimentations hors champ conventionnel sur les coopérations interprofessionnelles de la part de l'État et de l'assurance maladie se sont multipliées, sans être coordonnées* ».

³² Cf. avis du HCAAM relatif à la coopération entre professionnels de santé du 10 juillet 2014.

³³ Rapport de la cour des comptes de juin 2014 sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé précité.

[171] A ces financements par l'assurance maladie, sans référence explicitée à la coordination qui reste au mieux implicite, il faut, en effet, ajouter les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR), premier pas vers un encouragement à la coordination en matière de financement et inscrites dans les différentes lois de financement de la sécurité sociales : LFSS pour 2008 qui les crée et LFSS pour 2012 et 2014 qui étendent la durée des ENMR.

[172] L'expérimentation se termine fin 2014 et doit être généralisée dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel : la LFSS pour 2013 a complété les dispositions de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale relative aux accords conventionnels interprofessionnels (ACI), en précisant notamment qu'ils visent à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients, et qu'ils établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie. L'échec récent de la négociation ne peut qu'être regretté par la mission.

1.4.2 Le coût de l'ensemble des dispositifs, non évalué, atteint plusieurs centaines de millions d'euros

[173] A partir des dispositifs actuellement existants, la mission a identifié plusieurs centaines de millions comme liés à de la coordination. Ces données sont toutefois partielles et en ce qui concerne les CLIC n'ont pu être qu'estimées. Le coût figurant ci-dessous est probablement sous-évalué et en tout état de cause élevé au regard de la redondance et de l'absence d'évaluation des dispositifs eux-mêmes.

1.4.2.1 Les réseaux

[174] Les différents réseaux de santé bénéficient de 160 M€ de crédits. Parmi ceux-ci, les réseaux en soins palliatifs et les réseaux gérontologiques drainent respectivement 25 M€ et 23 M€

Tableau 1 : Financement des réseaux de santé

Année	2009	2010	2011	2012	2013*
Crédits versés	164,8M€	173,6M€	166,9M€	161,9M€	157,8M€*
Nombre de réseaux	742	730	716	681	632*

Source : DGOS et rapport d'activité 2013 du FIR ; *=données provisoires

[175] Rapporté au nombre de patients, les réseaux sont coûteux : 725€ par patient en moyenne en 2012³⁴. Ce montant varie selon la thématique des réseaux : il est par exemple de 678€ pour les réseaux gérontologiques, 1 721€ pour les réseaux en soins palliatifs. Il est le moins élevé pour la diabétologie (498€), la périnatalité (366€) et la prise en charge des adolescents (334€).

1.4.2.2 Les MAIA

[176] Les dotations de la CNSA destinées à travers le FIR aux MAIA, dont le nombre s'élève à 252 dispositifs en 2014 (dont 50 nouveaux dispositifs en 2014), s'élèvent désormais à 55M€. Cette masse financière est calculée *pro rata temporis* pour les dispositifs qui voient le jour en 2014.

³⁴ Selon le rapport d'activité 2012 du fonds d'intervention régional (FIR).

- [177] Ces crédits couvrent les frais du personnel chargé de la mission de coordination (c'est-à-dire le pilote MAIA et les gestionnaires de cas) ainsi que des frais de fonctionnement courant limitativement énumérés (formation du pilote, frais de déplacement, équipement informatique et financement du label qualité MAIA).
- [178] Certaines MAIA sont portées par des réseaux (14 dispositifs), d'autres par des CLIC (moins d'une centaine).

1.4.2.3 Les CLIC

- [179] Selon l'Association Nationale des coordinateurs de CLIC (ANC CLIC), 592 CLIC ont été labellisés en 2012.
- [180] En ce qui concerne leur financement, la DGCS ne dispose pas, ce qui est regrettable, de données exhaustives postérieures au 1^{er} janvier 2005, du fait de la décentralisation du dispositif à cette date. En 2004, la moyenne par CLIC était de 100 000€ par an, soit pour 517 CLIC 51,3 millions d'euros. Aujourd'hui, on peut estimer l'enveloppe à 60 millions d'euros (sans actualisation des montants).
- [181] Les porteurs sont des associations, des CCAS, ou des collectivités territoriales (Conseils Généraux, Communes et Etablissements publics de coopération intercommunale -EPCI-) ainsi que des établissements publics hospitaliers.
- [182] Un état des lieux des CLIC réalisé par l'Association Nationale des Coordinateurs des CLIC en 2010, suite à une enquête auprès de tous les CLIC à laquelle 156 (23 %) ont répondu, donne les informations suivantes :
- les 3/4 des CLIC sont financés à plus de 50 % par le conseil général (16 % le sont en totalité ; 28 % entre 75 et 99 % ; 33 % entre 50 et 75 % ; 19 % entre 25 et 50 % ; 3 % entre 1 et 25 %, 1 % pas du tout)
 - les autres financeurs sont les autres collectivités locales, les caisses de retraite, les ARS etc.

1.4.2.4 PAERPA

- [183] S'agissant du financement des projets PAERPA, une première enveloppe de 200 000€ par territoire (FIR PAERPA) a été déléguée en 2013 afin d'amorcer la mise en œuvre de ces projets. Il convient toutefois de noter que ces actions reposent sur un principe de subsidiarité au regard des financements existants dont ils peuvent bénéficier : notamment financement par l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP), fonds d'intervention pour la continuité et la qualité des soins (FICQS), fonds d'intervention régional FIR au titre d'autres actions et l'ONDAM ville pour la rémunération des équipes de soins de proximité.

1.4.2.5 L'option de coordination des centres de santé

- [184] Il est difficile d'apprécier le coût de la coordination dans les centres de santé, car il s'agit de la rémunération de la gouvernance médicale et administrative, permettant d'assurer la coordination la permanence, la qualité et la continuité des soins. On peut noter que le recours à ce financement est peu fréquent, sauf pour les centres de soins infirmiers, tant les règles en sont complexes.
- [185] Le montant versé par l'assurance maladie au titre des options de coordination est donc inférieur à ce qu'il pourrait être et ne représente que 0,7 % des ressources des centres de santé selon l'enquête de la CNAMTS réalisée en 2012.

[186] Il s'élève à près de 15 millions d'euros en 2012³⁵.

1.4.2.6 La coordination assurée par les médecins

➤ L'enveloppe des rémunérations individuelles des actions de coordination

[187] Au titre de la rémunération des professionnels, les forfaits de l'assurance maladie sont évoqués ci-dessus mais ne comportent pas de contrepartie explicitée en termes de coordination.

[188] Ces forfaits, selon la Cour des comptes dans son rapport sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, représentent 8,4 % des honoraires des généralistes hors dépassements en 2013. La Cour des comptes ne précise pas le montant équivalent à ce pourcentage : le calcul par la mission conduit à un montant de plus de 600 millions d'euros, à rapprocher des 300 millions d'euros consacrés aux structures de coordination évoquées ci-dessus.

[189] Toutefois ces montants peuvent financer des actions qui ne relèvent pas strictement de la coordination d'appui (coordination uniquement clinique, politique de revenus des professionnels).

➤ Les expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (ENMR).

[190] En-dehors du processus conventionnel, des expérimentations ont été menées pour rémunérer des efforts de coordination conduits dans un cadre collectif. C'est l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération prévus par la LFSS pour 2008³⁶. Les forfaits prévus à ce titre sont au nombre de deux : le premier forfait (module 1) rémunère l'ensemble des actions pluridisciplinaires qui exige l'intervention de plusieurs types de professionnels et leur coordination, le second forfait (module 2) cible l'éducation thérapeutique.

[191] La mission ne dispose pas du coût du seul module 1 consacré à la coordination. Selon l'IRDES, les projets d'organisation de la coordination ont été financés à hauteur de 50 000€ en moyenne par projet. Et selon la DSS fin 2013 111 maisons de santé pluridisciplinaires et 36 centres de santé participaient aux expérimentations (modules 1 et 2). La cour des comptes dans son rapport de juin 2014 indique que le budget annuel des ENMR s'élevait en 2013 à 13,6 millions d'euros (8,5 M€ pour les modules 1 et 2 et 5,1 M€ pour le module 3), financés intégralement sur le risque ville.

[192] Pour l'avenir, dans le cadre du module 1bis, la DSS anticipe l'intégration de 150 nouvelles structures dans ce « module de coordination rénové » soit une enveloppe complémentaire à la précédente évaluée à 8 millions d'euros. Ce chiffre devra être affiné en fonction des conventions avec les ARS.

[193] A partir de 2015, les expérimentations seront pérennisées et ce dossier sera transféré à la CNAMTS qui ambitionne de porter les masses financières consacrées à la coordination à un peu plus de 50 millions d'euros grâce à l'adhésion de quelques 1200 structures au dispositif (maisons de santé, pôles et centres de santé).

³⁵ Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain rapport IGAS de juillet 2013

³⁶ LFSS pour 2008 n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 article 44

2 LES ELEMENTS STRUCTURANTS POUR BATIR UNE COORDINATION D'APPUI

2.1 Un objectif : l'amélioration de la qualité de la prise en charge répond à une forte attente

2.1.1 Adjoindre des fonctions complémentaires aux soins pour les faciliter s'impose comme objectif premier

- [194] La recherche d'une plus grande qualité des soins passe notamment par une aide à l'exercice médical. Un soutien accru aux professionnels de santé doit leur permettre d'exercer leur métier sans se délester, pour les cas les plus consommateurs de temps, sur les urgences des hôpitaux ou des réseaux trop spécialisés et de bénéficier d'une assistance logistique ou d'une aide dans les prolongements médico-sociaux et sociaux de la prise en charge des patients.
- [195] C'est la raison pour laquelle il pourrait être envisagé de définir des fonctions complémentaires à la fonction principale du soin : procéder à une évaluation multidimensionnelle des patients et de leurs besoins, planifier les interventions auprès d'eux, suivre et coordonner ces interventions et les réévaluer régulièrement, accompagner les patients. Certaines de ces fonctions sont d'ores et déjà assurées par certains médecins. C'est de moins en moins possible en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. Pour la HAS dans un de ses récents « points clés et solutions »³⁷ : « *les professionnels de premier recours sont de plus en plus confrontés à la nécessité d'une meilleure organisation des parcours de santé d'un nombre croissant de patients atteint de pathologies chroniques. Ceci nécessite d'évaluer les personnes, de planifier, suivre et coordonner les interventions sanitaires et sociales, de réévaluer leurs effets et de travailler ensemble. Pour cela, ils peuvent avoir besoin d'appuis* ».
- [196] Cela tient également aux conditions d'exercice professionnel des médecins parce que, ces fonctions, du fait de files actives trop faibles, nécessitent de mutualiser, au niveau territorial, les ressources nécessaires, ou bien relèvent de compétences techniques sociales ou d'accompagnement que les professionnels ne maîtrisent pas. Enfin, en raison de l'état de leur organisation, en exerçant très majoritairement de façon individuelle, les professionnels ne disposent pas toujours des moyens pour les réaliser. C'est ce que note la HAS.
- [197] De nombreuses études montrent la contribution des fonctions complémentaires à l'amélioration de la qualité des soins, même lorsqu'il y est fait recours de manière ponctuelle ou spécifique.
- [198] Le rapport de l'IGAS d'avril 2012 sur la prise en charge du diabète³⁸ conclut à l'efficacité des organisations fondées sur la coopération intégrée entre médecins généralistes et infirmiers, sous le pilotage du médecin traitant, avec un système d'information partagé, comme l'illustre l'expérimentation ASALEE menée depuis 2003. En outre, les coûts totaux du dispositif sont identiques pour l'assurance-maladie. *A contrario*, le programme SOPHIA d'accompagnement des patients par des infirmières placées sur des plateformes d'appels, développé par la CNAMTS depuis 2008, n'a pas fait la preuve de son efficacité médico-économique à ce stade, du fait notamment d'un biais de recrutement des patients volontaires, mieux pris en charge à l'entrée, et de l'absence d'accès direct des infirmières aux données médicales des patients.

³⁷ Points clés et solutions, septembre 2014 : "comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?

³⁸ Annick Morel, Gilles Lecoq, Danièle Jourdain-Menninger. Evaluation de la prise en charge du diabète. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256/0000.pdf>

- [199] La prise en charge par le réseau Sphères dans le cadre de protocoles pluridisciplinaires a montré la réduction des hospitalisations pour les thromboses veineuses profondes, comme le rapporte la HAS dans sa publication Points clés et solutions précitée.
- [200] Le même document cite les organisations de type « case management » qui proposent un suivi des patients principalement positionné en France sur la réponse aux besoins sociaux, médico-sociaux et sur l'accès aux soins. Les situations et pathologies les plus susceptibles d'en bénéficier sont nombreuses : l'insuffisance cardiaque, le VIH, la BPCO, les maladies chroniques à risque de dépendance (maladies neurodégénératives, personnes âgées polypathologiques, maladies psychiatriques), le cancer, les personnes en situation de handicap, les maladies pouvant bénéficier d'une autogestion du traitement comme le diabète de type 2 et les patients dont les problèmes sociaux ne leur permettent pas de gérer leurs pathologies. Les résultats obtenus dépendent des pathologies et populations : l'assistance au parcours améliore la qualité des prescriptions et de l'autonomie des personnes âgées, réduit leur risque d'admission en EHPAD au prix d'une augmentation de la consommation de soins ambulatoires, avec un impact inconstant sur le recours à l'hospitalisation ; elle réduit le recours à l'hôpital des patients déments, ajourne leur placement en structures spécialisées et réduit les symptômes dépressifs chez leurs aidants ; elle diminue la douleur et la fatigue des patients atteints de cancer.

2.1.2 Réaliser des économies à travers les dispositifs de coordination n'est pas établi

- [201] Certaines des coordinations existantes ont été mises en place dans le but de mieux maîtriser les dépenses. Il en est ainsi du parcours de soins coordonnés mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge habituelle des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations de leur reste à charge.
- [202] Aujourd'hui cette lutte contre les gaspillages pourrait se justifier par la redondance de certaines des subventions que les pouvoirs publics allouent au fonctionnement de structures concurrentes dont la plus value les unes par rapport aux autres est mal ou pas évaluée : des régions arrivent à financer plusieurs répertoires de l'offre de soins concurrents sans qu'un cahier des charges guide à la fois leur constitution et les modalités de leur évaluation.
- [203] L'objectif des coordinations était de rationaliser la dépense publique, de la réguler ou de la planifier : c'est ici le point de vue des pouvoirs publics en réponse aux excès, aux redondances et aux gaspillages que certains attribuent à l'obsolescence des principes de la médecine libérale d'autres à la faiblesse des capacités d'anticipation ou d'adaptation de la planification.
- [204] Il n'est pas sûr, toutefois, que la mise en place des coordinations puisse remplir l'objectif d'économies attendues.
- [205] Ainsi, les études sur des dispositifs américains (Medicare et Medicaid) sont non concluantes, cf. notamment « Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), juillet 1998 (Abt Associates Inc. Pour le Health Care Financing Administration) : « *Si des améliorations pour les patients sont bien établies, ce programme n'a pas démontré d'économies significatives. Celles-ci ne peuvent se réaliser que lorsque/si les économies réalisées en milieu hospitalier (urgences évitées, diminution de la durée de séjour etc.), en ambulatoire et à domicile excèdent les coûts de la coordination* ».
- [206] La coordination peut même être coûteuse, au moins dans un premier temps : le repérage de patients jusqu'alors non pris en charge, une meilleure prévention sanitaire comme la détection d'autres problèmes de santé ou de risques médico-sociaux par des évaluations pluridisciplinaires de qualité sont susceptibles, au moins dans un premier temps, d'entraîner des coûts supplémentaires plutôt que de dégager des économies.

- [207] Si la coordination ne garantit pas à elle seule la réalisation d'économies, en revanche la mission note que l'exercice collectif, qui intègre naturellement la coordination, semble le permettre lorsque cet exercice s'accompagne d'une délégation de tâches, selon les premiers résultats des expérimentations : « *Les patients des sites expérimentateurs[des nouveaux modes de rémunération attachés à l'exercice collectif] ont une dépense moyenne de soins moindre que les groupes témoins (y compris pharmaceutique), toutes choses égales par ailleurs. De plus, la structure de cette consommation est différente : les patients des sites ENMR recourent moins aux spécialistes que les patients des généralistes témoins, mais ont une probabilité plus importante de recourir à des infirmiers. Ces chiffres suggèrent que la prise en charge par les structures pluri-professionnelles se structure autour d'un « binôme de soins primaires » infirmier/médecin généraliste plutôt qu'autour du binôme traditionnel médecin généraliste/médecin spécialiste* ». ³⁹
- [208] Par ailleurs, il est difficile d'apprécier ce que la coordination des soins, par son impact positif sur l'état de santé de la population, permet de faire comme gains macro-économiques.

Recommandation n°1 : Compléter l'article L.1411-1 du code de la santé publique, qui définit les objectifs de la politique de santé, pour y ajouter l'organisation de la coordination de tous les intervenants auprès du patient en ce qu'elle contribue à la qualité de sa prise en charge⁴⁰.

2.2 Un principe : la coordination doit permettre au médecin de premier recours qui joue un rôle pivot dans la prise en charge des patients d'en assurer la cohérence globale

2.2.1 Le médecin de premier recours doit être celui qui décide la coordination

- [209] Selon l'article L. 4130-1 du code de la santé publique introduit par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), « *les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :*

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

³⁹ Igas contribution à la stratégie nationale de santé

⁴⁰ Le projet de loi santé, en son article 1^{er} correspond à cette recommandation puisqu'il indique que la politique de santé comprend : "...4° l'organisation de parcours de santé coordonnés assurant l'accessibilité, la qualité, la sécurité des soins et des services et produits de santé, ainsi que l'efficacité de leur utilisation en médecine ambulatoire et en établissement, pour la population sur l'ensemble du territoire...". Il pourrait toutefois y être précisé que l'organisation de parcours de santé doit viser à la continuité des prises en charge.

8° *Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.* »

[210] Selon l'article L. 1411-11 également issu de la loi HPST du 21 juillet 2009, les soins de premier recours et la prise en charge continue des malades dans le respect des exigences de proximité, organisés par l'ARS et auxquels concourent notamment les médecins de premier recours comprennent :

« 1° *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*

2° *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*

3° *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*

4° *L'éducation pour la santé* ».

[211] De la même façon, le guide DGOS sur les réseaux octobre 2012 précise que « *la loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins(...), et lui confère un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.* »

[212] Cette mission d'orientation ne garantit cependant pas que la coordination étendue au médico-social et au social sera effective ou que, si elle l'était, elle ne se déroulerait pas en dehors du médecin de premier recours.

[213] C'est pourquoi la mission recommande que, au-delà des textes cités et pour garantir la continuité de la prise en charge, ce soit le médecin traitant qui décide de recourir à la coordination et il n'appartient qu'à lui de déclencher le recours à la coordination. La coordination est mise en jeu à l'occasion d'un événement de santé et permettre à de nombreux intervenants d'initier la mise en place de cette coordination risque de provoquer des désaccords dans l'appréciation du besoin et de l'opportunité d'une coordination pour le patient, de multiplier les risques de contradiction dans les décisions ou les doublons. Le médecin de premier recours sera vraisemblablement le premier à s'apercevoir du besoin mais chaque fois que ce ne serait pas le cas, le signalement devrait converger vers lui, seul à même de juger de la nécessité d'y recourir.

[214] La coordination contribue à l'efficacité de sa mission en allégeant sa tâche, sans le remplacer dans son rôle de clinicien. Elle s'inscrit dans le prolongement de son action pour restaurer l'état de santé du patient. La coordination est sollicitée par lui en subsidiarité pour des actions pour lesquelles il n'a pas les compétences ou pas les moyens.

[215] De ce fait, le déclenchement par le médecin de la coordination oriente le financement vers le coordonnateur d'appui qu'il aura retenu.

Recommandation n°2 : Compléter l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, en son 2° qui donne au médecin la mission d' « orienter ses patients selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social » par les mots suivants « et recourir, le cas échéant, à une coordination d'appui ».

2.2.2 Donner à d'autres cette responsabilité nuirait à l'efficacité du dispositif

- [216] Si le patient est le bénéficiaire final de la coordination territoriale d'appui, il ne peut en être l'acteur principal. La possibilité d'être acteur de la coordination de ses besoins risque de créer beaucoup de confusion car il pourrait mettre en concurrence tous les professionnels susceptibles d'intervenir, sans qu'aucun ne puisse faire la synthèse de sa situation. Au reste, en cas de contradiction entre le souhait du patient et l'analyse du professionnel de santé, qui l'emportera ? La coordination ne peut régler tous les problèmes auxquels un patient doit faire face s'il n'y a pas un lien entre l'accès aux soins et son parcours dans le système de santé. En outre, si le patient était l'acteur de la coordination, il serait maître de la définition des services qu'il en attend (logement, allocation chômage, voire procédure de divorce, etc.). On voit que chacun des thèmes évoqués peuvent avoir un lien avec l'exercice de son droit à la santé tout à la fois à travers la qualité de son environnement et le niveau de ses ressources, mais la coordination ne peut tous les embrasser, au-delà de leur stricte incidence sur l'état de santé.
- [217] Donner à d'autres professionnels participant à la coordination territoriale d'appui la capacité de programmer une coordination n'est pas non plus souhaitable. Un parallèle peut être fait avec la coordination clinique au titre de laquelle le médecin traitant adresse son patient à ses correspondants. Au delà même de cette responsabilité qui trouve son origine dans la déontologie du professionnel, une rémunération est attachée à ce rôle. Le risque est également que le médecin face à ce report sur d'autres de sa mission ne se désresponsabilise ou que les personnes pouvant initialiser une coordination ne se reposent les unes sur les autres. Dans ce cas, le patient pourrait se trouver devant un déni de prise en charge de son cas.

2.3 Une méthode : définir les fonctions à assurer

- [218] La mise en place de la coordination nécessite de définir les fonctions qu'elle remplit. Ainsi qu'il a été dit plus haut, ces fonctions sont complémentaires des soins dont bénéficie le patient, les facilitent, les permettent ou les accompagnent. En lien avec le soin, elles peuvent être actionnées de manière spécifique ou combinée, ponctuellement ou sur la durée en fonction des besoins. Elles excluent l'urgence. L'éducation thérapeutique du patient, quant à elle, n'est pas incluse dans les développements qui suivent car, pour la mission, elle fait partie de la prise en charge clinique du patient.
- [219] Ces fonctions peuvent se classer en deux familles :
- les fonctions à mobiliser pour une prise en charge coordonnée du patient ;
 - les fonctions à organiser au niveau régional et permettant de faciliter l'exercice de cette coordination.

2.3.1 Les fonctions à mobiliser pour une prise en charge coordonnée du patient

- [220] La HAS, dans le document précité, définit ces fonctions comme : « *l'ensemble des activités nécessaires à l'organisation des parcours mais ne pouvant être directement effectuées par les professionnels de santé primaire* :
- soit parce qu'elles nécessitent la mobilisation de ressources mutualisées au niveau territorial en raison de files actives trop faibles au niveau des patientèles ;
 - soit parce qu'elles apportent aux patients des compétences techniques, sociales ou d'accompagnement que les professionnels de santé ne maîtrisent pas ;
 - soit parce qu'en l'état de leur organisation, les professionnels ne disposent pas des moyens pour les réaliser. »

- [221] La mission a choisi de rassembler en trois fonctions, les actions qui peuvent être exercées par les équipes de proximité. Dans différents projets des ARS comme dans le projet national PAERPA ces différentes catégories sont souvent subdivisées et peuvent atteindre un peu moins d'une dizaine de catégories.

2.3.1.1 L'évaluation des besoins du patient et l'élaboration des réponses

- [222] Le médecin peut évaluer tout seul les besoins de son patient et coordonner lui-même les interventions d'autres professionnels. Mais il peut souhaiter recourir à d'autres compétences chaque fois qu'une approche multidimensionnelle ou pluridisciplinaire dont il pourrait être démuné est nécessaire. Au-delà de la nécessité de faire la synthèse des différents diagnostics et de s'assurer de la cohérence des différents traitements, il peut paraître nécessaire d'explorer d'autres dimensions, notamment la dimension sociale. A titre d'exemple, ceci renvoie à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire au domicile ou à l'élaboration des réponses aux besoins des patients notamment dans les situations complexes.
- [223] Ainsi le patient entre-t-il dans un processus de coordination des actions dont il relève par le biais de son médecin traitant. Ceci se fera naturellement dès lors qu'à l'occasion d'une consultation, le médecin aura repéré le besoin d'être aidé dans la mise en place de réponses plus ou moins complexes aux problèmes présentés par le patient.
- [224] Il n'est toutefois pas exclu que l'état du patient doive être signalé avant même qu'il ait pu lui-même contacter son médecin traitant. Dès lors, la personne qui voudra signaler une détresse ou une situation problématique informera le médecin traitant s'il le connaît ou toute personne susceptible de renseigner sur l'identité de ce dernier ou de le contacter (le pharmacien proche du domicile). Cette fonction de repérage ne fait pas partie des fonctions de la coordination.

2.3.1.2 L'accompagnement des patients

- [225] Dans le cadre de la coordination territoriale d'appui, il s'agit d'orienter les patients en les informant sur les ressources existantes ou en planifiant les différentes interventions dans le temps et entre les professionnels intervenants (notamment en facilitant leur accès à ces ressources, court séjour et aval du court séjour, en organisant la prise des différents rendez-vous chez les médecins spécialistes ou pour les consultations externes des établissements de santé et en accompagnant physiquement à ces consultations). On remarque qu'à l'égard du secteur médico-social, le rôle du médecin de premier recours se limite aujourd'hui à la fonction d'orientation. Pour remplir cette mission, il peut y procéder lui-même ou recourir à un « prestataire de service » tels que les réseaux, les CLIC etc.

2.3.1.3 Le suivi des interventions

- [226] Bien évidemment les actions planifiées doivent être suivies et doivent faire l'objet d'un point de situation régulier au médecin traitant. Ce suivi doit permettre « *de réviser l'effet des interventions réalisées dans le cadre d'un PPS ou d'une assistance au parcours et décider des suites à donner...* ». Ainsi lorsque l'état du patient le permet les interventions faisant l'objet de la coordination sont adaptées ou arrêtées. A l'inverse, la reprise de la procédure peut être justifiée.

Recommandation n°3 : un texte national⁴¹ (décret⁴² ou circulaire conjointe DGCS, DGOS, DSS) devra définir la coordination d'appui en précisant ses fonctions.

⁴¹ Le projet de loi santé prévoit que la stratégie nationale de santé fera l'objet d'un décret en conseil d'Etat

⁴² A rattacher à la partie du code de la santé publique qui porte sur l'organisation des soins (chapitre 1er bis du titre 1 du livre quatrième de la première partie)

2.3.2 Les fonctions relevant de l'autorité publique en région

[227] Les fonctions à mobiliser en faveur de la prise en charge du patient s'insèrent dans un cadre général défini par l'autorité publique. Il s'agit de fonctions transversales d'organisation ou de fonctions techniques ou économiques.

2.3.2.1 Fonctions transversales d'organisation

- Protocoliser les entrées et sorties d'hôpital ainsi que l'accès aux établissements médico-sociaux et sociaux, pour fluidifier l'organisation de l'aval de l'hospitalisation ou pour éviter celle-ci. Plusieurs expériences existent de protocolisation des relations entre ville et hôpital. Cela permet d'une part de définir les modalités de communication (système d'information), et d'autre part de décrire précisément les modalités du suivi des patients concernés et d'anticipation de leur parcours. Il est important à cet égard de souligner que si les établissements de santé ne peuvent être un des acteurs de la coordination et la prendre en charge, ils doivent en être un des interlocuteurs principaux (de même que les EHPAD par exemple) et faciliter la fluidité des parcours : c'est l'organisation de cette réponse qui doit faire l'objet de protocoles négociés avec l'ARS.
- Organiser la concertation avec les collectivités territoriales pour garantir que la région est entièrement couverte par des prestations de coordination, de la manière la moins coûteuse possible. Cette concertation doit également permettre de réunir l'ensemble des acteurs afin d'évoluer vers des objectifs communs d'identifier et supprimer les freins à l'accès aux soins : choix des problèmes à régler en priorité, adoption d'outils communs, et de vecteurs pour les échanges d'information. Enfin, l'ensemble des financeurs de fonds sociaux sur le territoire (ARS, Conseil général, communes/ centres communaux d'action sociale, caisses de sécurité sociale, organismes complémentaires) devrait s'engager dans le cadre d'un protocole à recenser les aides sociales existantes et à se coordonner pour améliorer l'articulation et l'activation des fonds sociaux : cette proposition est faite par le comité présidé par Dominique LIBAULT. Limitée à l'action en faveur des personnes âgées, la mission estime nécessaire de l'appliquer à l'ensemble du champ couvert par la coordination.

2.3.2.2 Fonctions techniques et économiques

- Elaborer et mettre à disposition des équipes des répertoires interopérables de ressources sanitaires médico-sociales et sociales.
- Favoriser l'information sur les différents modes d'organisation et d'exercice des soins de premier recours, faciliter la construction des projets d'exercice professionnel et l'évolution vers les modes collectifs d'exercice, aider à l'animation de la démarche qualité, faire évoluer certains réseaux spécialisés par pathologie en réseau d'appui aux acteurs des soins primaires ; accompagner les professionnels de santé dans la sélection, l'implémentation et l'utilisation effective des technologies de l'information et de la communication en santé sur le modèle américain du programme « *meaningful use* » (cf. 3.4).
- Soutien aux projets d'investissements qui faciliteraient l'exercice de la coordination. Cette dernière fonction est aujourd'hui partagée avec les collectivités territoriales.
- Il pourrait être également envisagé d'offrir une médiation pour les situations de blocage ou de conflit.

Recommandation n°4 : La liste des fonctions relevant de l'autorité régionale doit faire l'objet d'un décret⁴³.

⁴³ Aujourd'hui, la liste des fonctions permettant de définir l'appui aux professionnels de santé figure dans le projet de loi santé lui-même ; en tout état de cause, cette liste doit être modifiée (éviter que l'ARS ne soit chargée elle-même de coordonner les parcours de santé) et complétée par les fonctions décrites dans ce chapitre 2.3.2 du rapport.

3 LES CONDITIONS DE REUSSITE

3.1 L'organisation proposée s'appuie sur le rôle central du médecin de premier recours tandis que l'ARS prend la responsabilité de l'organisation elle-même

3.1.1 La coordination est organisée au plus près des médecins de premier recours pour en faire un des outils de leur pratique

- [228] Certains systèmes étrangers, (les systèmes intégrés aux Etats unis et le NHS en Grande Bretagne) montrent qu'il est préférable que les dispositifs se développent non seulement à l'initiative mais également sous l'égide des médecins de premier recours qui doivent rester en prise directe avec les décisions relatives à la prise en charge de leurs patients.
- [229] Selon la mission, pour que cette dernière condition soit remplie, il convient que la coordination s'exerce au plus près de leur cabinet. Les médecins, qui ont la responsabilité de la coordination clinique, doivent, en ce qui concerne l'appui au parcours de santé étendu au médico-social et au social, pouvoir choisir les modes de coordination les mieux adaptés à leur exercice et à leur patientèle : ceci signifie aussi que l'organisation à retenir doit être, par principe, respectueuse des différents modes d'exercice.
- [230] Cette hypothèse est probablement plus directement opérationnelle dans le cadre des modes d'exercice collectifs que des modes d'exercice individuels sans que pour autant il soit nécessaire de bouleverser l'organisation actuelle de la médecine de premier recours. Il suffit de conforter les moyens de coordination des centres de santé ainsi que des maisons et pôles de santé et de permettre aux médecins de premier recours qui exercent de manière individuelle de bénéficier d'un accompagnement comparable, sous les formes précisées ci-dessous. Dans tous les cas, un financement ad hoc doit être prévu (cf. 3.2).
- [231] Les médecins de premier recours devraient avoir le choix de mobiliser, pour la seule fonction de coordination, les ressources :
- des structures collectives de soins (cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire, pôles de santé, centre de santé), qui en seraient dotées,
 - des structures de coordination existantes (réseaux de santé, CLIC, MAIA, services sociaux des diverses collectivités territoriales, services sociaux des caisses de retraite ou d'assurance maladie).
- [232] Il pourrait également être recouru à tout autre groupement, sous forme par exemple associative, constitué de professionnels susceptibles d'assurer cette prestation de coordination, ou constitué de professionnels libéraux ayant la capacité d'embaucher des professionnels susceptibles d'assurer les fonctions de la coordination au profit des membres de l'association ou d'autres⁴⁴.
- [233] Il pourrait enfin être prévu de pouvoir faire appel individuellement à tout professionnel compétent.
- [234] Dans tous les cas, la fonction de coordination pourrait être assurée au sein de l'équipe de soins, dès lors qu'elle peut inclure des professionnels sociaux. L'équipe de soins serait constituée en-dehors de toute structure juridique, et varierait au cas par cas, par exemple épisode de soins par épisode de soins.

⁴⁴ La rémunération de la fonction, clairement identifiée, de coordination d'appui (cf. 3.2) est indépendante de qui la remplit.

- [235] D'ores et déjà, l'équipe de soins figure dans le projet de loi santé qu'il définit, en son article 25 (ajout de l'article L. 1110-12 dans le code de la santé publique) comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique thérapeutique de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie ou aux actions nécessaires à leur coordination.* »
- [236] Pierre-Louis Bras, en 2011, dans un article de la revue « les tribunes de la santé »⁴⁵ note que « *pour faire face aux défis de l'organisation de la médecine de premier recours, la France semble donc s'orienter vers une externalisation de certaines fonctions (...), mais rien n'indique qu'elle pourrait prendre la voie qui paraît la plus pertinente, la constitution d'équipes de soins de premier recours* ». L'équipe décrite dans cet article comme cadre de la délégation de tâches, se limitait aux soins mais au-delà du médecin de premier recours et de l'infirmière pouvait associer d'autres professionnels.
- [237] L'association à l'équipe d'autres professionnels ne doit pas se limiter aux professionnels de santé mais s'étendre cas par cas à l'ensemble des professionnels du soin comme du médico-social. Son objet ne doit pas se limiter à la délégation de tâches (comme le décrivait en 2011 Pierre-Louis Bras), ou à l'échange d'informations relatives au patient (comme dans le projet de loi santé) : un autre de ses objets doit être de permettre d'identifier le coordonnateur désigné par le médecin de premier recours, en son sein, après discussion, le cas échéant, avec le patient. La désignation par le médecin de premier recours du coordonnateur doit permettre à ce dernier d'être rémunéré.
- Recommandation n°5 : Le professionnel désigné, après discussion, le cas échéant, avec le patient, par le médecin de premier recours, pour prendre en charge la coordination d'appui est membre de l'équipe de soins figurant à l'article L.1110-12 créé par le projet de loi santé.**
- [238] Au total, ce choix d'une organisation décentralisée pourrait permettre aux médecins de premier recours de mieux maîtriser, mieux contrôler qu'aujourd'hui l'ensemble des soins offerts aux patients grâce à la coordination dont la dynamique leur appartient. C'est d'une part au médecin de premier recours qu'il appartient de calibrer ses besoins et d'évaluer l'efficacité de ses interlocuteurs. A cet égard, la possibilité pour le médecin de choisir le coordonnateur contribue à la légitimité de ce dernier, pour peu que l'offre de coordination soit suffisante.
- [239] Le service rendu par le médecin lui-même sera d'autre part évalué globalement, coordination comprise, par les patients eux-mêmes par exemple à travers des enquêtes de satisfaction, distincte de l'évaluation que devra mener la puissance publique au titre de ses missions traditionnelles.
- [240] Ce système, pourrait également favoriser l'émulation entre les dispositifs de coordination et ne nécessite pas de définir des territoires qui sont en l'état de l'organisation des soins et de l'offre médico-sociale en France facteur de complexité et de rigidités.
- [241] Ce sont les raisons qui expliquent que la mission n'ait pas retenu un scénario qui aurait confié à une plateforme territoriale d'appui unique, les fonctions de la coordination décrites au chapitre deux. Cette plateforme dont la mission aurait été d'orienter ses interlocuteurs vers un prestataire ou de traiter directement la demande aurait été selon la mission trop éloignée tout à la fois des besoins du patient et du médecin. Elle s'avèrerait probablement aussi coûteuse.

3.1.2 Les actions d'organisation de l'offre de soins et de santé publique au titre de la coordination relèvent du niveau régional

⁴⁵ Pierre-Louis Bras, "Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours?" Les tribunes de la santé 2011/1 n°30, p. 113-126.

[242] Dans cette organisation dont la mise en œuvre est largement laissée à l'initiative du médecin de premier recours, il appartiendra à l'ARS de veiller à une offre suffisante, de garantir que le territoire sera effectivement couvert et de convaincre les professionnels de santé d'y contribuer, dans la logique adoptée par la contribution de l'IGAS à l'organisation des soins de premier recours dans le cadre des réflexions sur la stratégie nationale de santé⁴⁶.

3.1.2.1 Définir une stratégie de développement des coordinations d'appui sur le territoire régional

[243] Il rentre bien dans le cadre des responsabilités de l'ARS de définir l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades dans le respect des exigences de proximité, tant l'accès aux soins que la prise en charge sont organisés par l'ARS conformément au schéma régional d'organisation des soins (cf. article L 1411-11 du code de la santé publique déjà cité au chapitre 2.2.1).

[244] A ce titre, l'ARS devra impulser une dynamique de développement des coordinations, en contrôler le bon fonctionnement et l'évaluer. Elle devra en outre s'engager à ce que l'ensemble du territoire puisse à terme être couvert par une forme ou une autre de coordination. A ce titre, elle serait chargée, en concertation avec l'URPS, de faciliter l'émergence des offres de coordination dans le cadre défini nationalement. La mission de l'ARS repose sur la négociation et sa force de conviction, et c'est sans doute là une des difficultés des tâches confiées à l'ARS.

[245] Elle devra enfin éviter que l'offre de coordination ne soit bâtie sur un modèle unique sans considération de sa diversité sur les différents territoires et sans que le médecin puisse intervenir d'une manière ou d'une autre sur son organisation. La coordination d'appui doit être « territorialisée »⁴⁷, c'est-à-dire adaptée aux réalités de la région et à ses besoins.

[246] En ce qui concerne les outils d'appui à la coordination apportés aux médecins (cf. supra chapitre 2.3.2) ayant des implications en matière d'organisation de l'offre de soins et de la santé publique, ceux-ci doivent être définis et organisés par l'ARS en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés.

3.1.2.2 Attacher au développement des coordinations des offres de services pouvant contribuer à l'évolution de l'offre de soins

- Développer l'information des médecins de premier recours

⁴⁶ "Les équipes de soins primaires constituent le premier niveau de prise en charge. Un deuxième niveau doit également être organisé sur un territoire de santé plus étendu, qui peut être qualifié soit de niveau territorial d'appui, soit de territoire de santé de proximité. Ce deuxième niveau couvre plusieurs équipes de soins primaires, des établissements sociaux et médico-sociaux et un ou plusieurs établissements de santé. Il couvre une population suffisamment vaste pour offrir une palette complète de services de proximité, tout en ne dépassant pas une taille raisonnable pour permettre aux offreurs de soins de se connaître".

⁴⁷ Cf. Rapport de l'IGAS : Evaluation de la politique territoriale de l'emploi –Evaluation des politiques publiques Cartographie Mai 2013 - RM2013-089P

- [247] L'information sur les différents professionnels ou établissements dans la région (soins, paramédicaux et médico-sociaux), avec leurs spécificités,⁴⁸ devrait être mise à disposition des médecins de premier recours sous la forme de répertoires. Il devrait en être de même des coordinations déjà en place. Les voies et moyens pour obtenir ces informations se trouvent déjà sur les sites des plates-formes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) instaurées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Reposant sur un partenariat entre les différents acteurs régionaux (agences régionales de santé, caisses d'assurance maladie, ordres professionnels, unions régionales des professionnels de santé, facultés et écoles de formations, collectivités territoriales...), la PAPS vise à rendre lisible et cohérente l'offre de services à destination des professionnels de santé qui sont proposés et mis en place au niveau régional.
- [248] Aujourd'hui fonctionnent, dans ce cadre, des portails internet qui sont un des aspects du dispositif. Les professionnels de santé y trouvent la présentation des services et les coordonnées des interlocuteurs clefs (professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, réseaux de santé, HAD et associations de patients). Outre ces informations, deux offres de services ont plus particulièrement intéressé la mission, l'accompagnement des professionnels de santé autour des projets d'exercice coordonné et l'aide à l'installation des professionnels de santé, qui pourraient être utilisées dans le cadre de modes d'exercice facilitant la coordination.
- [249] Certaines régions, telles que la Franche Comté ont complété ce portail des coordonnées d'un interlocuteur pouvant répondre à des questions spécifiques ou pouvant jouer un rôle d'orientation du médecin au sein de l'offre régionale.
- [250] L'absence de bilan et d'évaluation ou de suivi de cet outil au niveau national est un frein à l'exploitation des possibilités réelles de cet outil. On peut toutefois remarquer que l'objet initial de ces plates-formes, créées en peu de temps, paraissait limité tant dans la forme qu'en termes de contenu et de population visée par l'information. Ces défauts devraient trouver une solution dans la nouvelle version de cet outil qui devrait être tournée vers 8 professions de santé. Il conviendrait de les compléter par des interlocuteurs du monde médico-social et social et l'offre de coordination à laquelle il pourrait être fait appel dans ce cadre. L'articulation avec le référent installation (mis place par le pacte territoire santé de décembre 2012 pour faciliter l'installation des étudiants et internes en région) devrait être garantie dans chaque région. Le rôle de ce référent devrait être étendu à l'organisation des coordinations.
- Accompagner par des mesures complémentaires incitatives à la coordination
- [251] En matière de coordination, les systèmes d'information sont stratégiques et il est pertinent de lier le processus de coordination à un équipement informatique adapté. Différentes mesures incitatives sont d'ores et déjà en vigueur. Aider les professionnels à l'usage des nouvelles technologies, contribuer à les former et à les dépanner peut venir opportunément compléter de compléter ces dispositions, au niveau régional. Il conviendrait également de créer les conditions pour que le patient sollicite le recours aux TIC (large accès à son dossier, fonctionnalités utiles lui évitant des déplacements ou des formalités, fonctionnalités intuitives/convivialité etc.) qui pourraient être laissées à l'initiative de l'ARS.
- [252] Dans la mesure où la qualité des soins dépend d'une bonne coordination entre tous les intervenants et où cette coordination s'organise plus facilement dans des structures collectives, l'ARS pourrait faciliter les regroupements en coordonnant les financements des investissements immobiliers.
- [253] Toutes ces informations et ces assistances techniques pourraient être assurées par une plateforme technique en appui aux professionnels et organisée sous l'égide de l'ARS.

⁴⁸ Définies par les diplômes ou les formations complémentaires qu'ils ont pu suivre (ex.pédiatre ayant un diplôme universitaire de psychologie).

Recommandation n°6 : Inscrire l'organisation de l'appui aux médecins de premier recours au nombre des missions des ARS (article L.1431-2 du code de la santé publique⁴⁹) .

⁴⁹Le projet de loi santé dans son article 14 confie aux ARS l'organisation de l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes et crée un chapitre VII intitulé "mission d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes au titre II du livre III de la 6^{ème} partie "établissements et services de santé". Il semble à la mission que la 6^{ème} partie du code de la santé publique n'est pas la meilleure insertion.. Par ailleurs, le parcours de santé en se limitant aux cas complexes empêche le dispositif de ménager la liberté d'appréciation du médecin de premier recours.

3.2 Construire un modèle de financement, incitatif à la coordination et à sa performance, axé sur la prestation plutôt que la structure

- [254] La prestation à rémunérer est la prestation du coordonnateur quel qu'il soit c'est-à-dire la personne ou la structure qui fait, à la demande du médecin de premier recours, la synthèse des besoins du patient et active les professionnels susceptibles d'y répondre dans la sphère sociale et médico-sociale.
- [255] Différentes modalités de rémunération de la prestation sont possibles sans préjuger à ce stade du ou des financeur(s) : paiement à l'acte, au forfait (mensuel ou annuel) par dossier suivi (tarif selon le niveau de besoin du patient), par capitation, selon des objectifs de performance, subventions de certains postes de charges (salaires, frais généraux etc.).
- [256] Quelle que soit la modalité retenue, le financement de la coordination doit reposer sur le financement des dossiers pris en charge plutôt que sur des subventions aux structures en charge afin de garantir que ce sont l'activité et la réponse aux besoins appréciés par les médecins qui seront soutenues plutôt qu'un financement de la structure bien souvent répétitif et routinier car mal évalué.
- [257] En effet, malgré des contrexemples très intéressants, la mission considère que la subvention à une structure peut conduire à une absence de souplesse, de pragmatisme et de responsabilisation des structures bénéficiaires sur la qualité du service rendu. Croissant avec la taille de la structure, elle est déconnectée de son efficacité. La mission réaffirme en outre l'importance qu'elle attache au rôle primordial du médecin de premier recours dans le déclenchement de la coordination dossier par dossier.
- [258] Bien sûr un financement à la prestation, qui est fonction de la croissance des volumes, qui peut ne pas être toujours justifiée, peut être inflationniste mais il paraît mieux adapté aux principes retenus par la mission : dans le périmètre de la coordination territoriale d'appui, il semble mieux à même de favoriser l'adaptation et le dynamisme des structures et l'adéquation de la prestation aux besoins du médecin de premier recours. Il permet en outre à toute structure qui souhaiterait s'inscrire dans cette perspective d'offrir les prestations correspondantes.
- [259] Il en ressort que même si le financement n'est pas une subvention au fonctionnement des structures gestionnaires de la coordination, ce sont elles qui bénéficieront de la rémunération au dossier. En outre, ce sont les coordonnateurs auxquels le médecin de premier recours choisira de confier les dossiers au cas par cas qui seront financés : on peut espérer que ce seront les plus efficaces au regard de la mission de coordination qui continueront à l'exercer. Dans l'hypothèse où les structures auraient d'autres activités que la coordination d'appui, il n'entraîne pas dans le champ de la mission de se prononcer sur les modalités de leur financement.

3.2.1 Adopter une tarification permettant de distinguer quelques niveaux de complexité de la prise en charge

- [260] Aujourd'hui, par les financements accordés, il s'agit de subventionner le fonctionnement des structures et organisations bénéficiaires ou de mener une politique des revenus des professionnels de santé dans le cadre de conventions monoprofessionnelles. Ces différentes modalités de financement ne permettent pas de garantir le respect de l'objectif d'une coordination de la prise en charge globale du patient.

- [261] C'est pourquoi, la mission propose de reconsidérer en profondeur ces modes de financement pour y intégrer la prestation de coordination d'appui, inciter à y recourir, et ne financer qu'elle. Plus globalement, la prestation de coordination doit être identifiée et sa tarification tenir compte de son niveau de complexité et de ses résultats. Le financement ne doit pas déboucher sur une inflation d'actes. La prestation doit être pertinente et contribuer à la maîtrise des dépenses. Enfin, le mode de financement devrait conduire à une plus grande cohérence de l'action des administrations de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales tout en respectant ou en encourageant la pluralité de l'offre. Ce financement devrait dans toute la mesure du possible faciliter l'évolution des structures vers l'exercice collectif. A cet égard, dans l'article déjà cité au chapitre 3.1.1supra, Pierre-Louis Bras notait que *« les expériences internationales montrent que le travail en équipe se développe plus aisément dans des contextes où ils sont rémunérés sous forme de capitation ou de salaire. (...) Idéalement le travail en équipe appelle un paiement à la capitation avec une part de paiement lié à la qualité »*.
- [262] Le paiement pourrait se faire au dossier patient/an ou par prise en charge. Deux niveaux pourraient être envisagés : cas simple et cas complexe, inclusion ou suivi, prise en charge inférieure à l'année ou supérieure, etc. cf. SantélyS (cf. encadré ci-dessous) ou le réseau ARESPA.
- [263] La définition d'un tarif s'impose, qui soit proche des coûts constatés dans les structures les plus performantes. Le tarif de la prestation de coordination doit être défini et piloté nationalement de façon à permettre de pérenniser une offre de qualité à un coût performant.
- [264] En tout état de cause, l'ambition de simplicité et de transparence administrative ne doit conduire qu'à deux ou trois tarifs sur l'ensemble du territoire. La tarification doit être simple, objective, et compréhensible par les professionnels. La complexité de la prestation semble un critère à la fois objectivable et plus simple à mettre en œuvre pour déterminer les tarifs que les résultats obtenus qui restent difficiles à évaluer sauf à conduire sur le sujet une étude de la HAS ou des instituts de recherche tels que l'IRDES.

Le coût de la prestation de coordination : l'étude de Santélyls association

- [265] *Santélyls Association* a procédé à une évaluation économique de sa cellule d'appui dénommée « Cellule d'Aide au Retour et au Maintien à Domicile » qui intervient sur tout le Nord-Pas de Calais. Cette étude menée entre le 17 et le 28 février 2014 a consisté à analyser les actions réalisées et les coûts associés dans 82 dossiers. Les coûts correspondent aux salaires chargés des personnels (chargés d'accueil, infirmiers de coordination, assistants sociaux) intervenant dans la prestation, mais sans prise en compte des frais fixes. Il faut noter que l'association ayant d'autres actions que la cellule d'appui, une partie de ces frais fixes sont mutualisés.
- [266] Trois niveaux de complexité des dossiers sont identifiés par l'étude :
- [267] - les dossiers d' « information et orientation » : il s'agit des demandes pour lesquelles aucune évaluation formalisée n'est mobilisée (pas de déplacement notamment). L'appelant connaît le motif précis de la demande, il s'agit d'orienter vers la structure du secteur géographique concerné, d'informer sur une démarche à mener, de transmettre les coordonnées du professionnel ou de la structure pouvant répondre au besoin de prise en charge. La Cellule n'est pas chargée de coordonner l'intervention. Une telle demande est traitée en 30 minutes environ. Le coût moyen calculé par dossier au vu des temps passés est de 22 €
- [268] - les dossiers de « coordination simple » : la demande nécessite une évaluation formalisée des besoins, au sein du service hospitalier ou au domicile, ainsi que la prise de contact avec un ou deux intervenants ou structures pour initier la prise en charge. La Cellule coordonne le retour ou le maintien à domicile et assure un retour d'information après évaluation téléphonique. La coordination simple peut concerner les soins et/ou l'aide à la vie quotidienne. Une telle demande est traitée en 2 heures environ. Le coût moyen calculé par dossier est de 80€
- [269] - les dossiers de « coordination complexe » : au-delà d'une « coordination simple », la « coordination complexe » implique également la prise de contact avec plus de deux intervenants ou structures pour initier la prise en charge, et/ou le montage d'un dossier d'aide / financement pour permettre la prise en charge ou le maintien à domicile, et/ou le recours à une expertise extérieure à la Cellule d'Aide au Retour et au Maintien à Domicile pour mener l'évaluation (ergothérapeute, psychologue...). Une telle demande nécessite en moyenne 3 h de traitement et le coût calculé par dossier est de 135 €
- [270] L'étude conclut qu'« une tarification à l'acte en 3 niveaux semble être une solution pertinente et adaptée ».

- [271] En dehors du coût du dossier, il peut être important d'intégrer des critères liés à la qualité de la coordination dans la rémunération à la performance des professionnels de santé. Il peut être également envisagé d'inciter le professionnel à recourir à la prestation de coordination, par exemple en inscrivant un nouvel indicateur d'organisation du cabinet dans le cadre de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP).

Recommandation n°7 : Confier conjointement à la DGOS et à la DGCS la mission de définir les deux ou trois tarifs de rémunération de la prestation de coordination. Le cas échéant, engager l'assurance maladie, lors de prochaines négociations, à prévoir une extension de la rémunération à la performance des professionnels de santé à la coordination d'appui sur la base d'indicateurs à définir.

3.2.2 Approche du coût global de la coordination territoriale d'appui

- [272] L'évaluation du coût global de la coordination nécessite d'évaluer à la fois le coût individuel de la prestation et la population cible susceptible d'en bénéficier.
- [273] Le coût individuel de la prestation est lui-même fonction des coûts salariaux des intervenants, des temps passés fonction de la complexité de la prise en charge, et des frais fixes associés à la prestation.

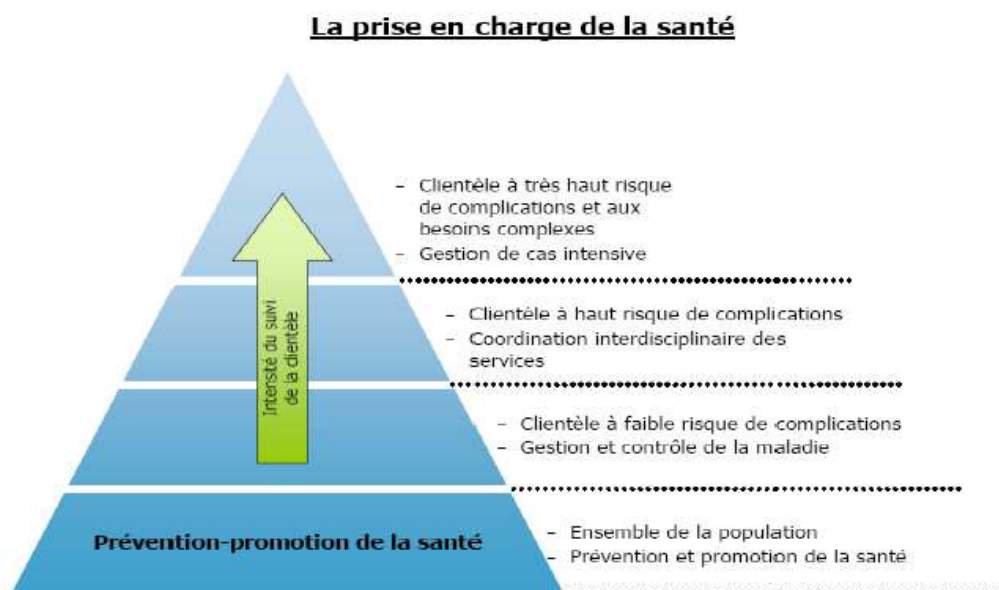
Le modèle proposé par le cabinet américain « Catalyst Center »⁵⁰

- [274] Aux Etats-Unis, pour les coordinations de soins, le financement est également très éclaté :
« Une grande variété d'agences fédérales et d'organisations financent la coordination des soins... En dépit de certains progrès, la coordination des soins demeure un patchwork de mesures dans la plupart des Etats (américains) avec de grandes différences ».
- [275] A partir de l'exemple des enfants et adolescents handicapés de l'Etat de Washington, le Catalyst center indique que les quatre principales variables nécessaires à une approche du coût d'un système national de coordination des soins sont :
- [276] - le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de la coordination ;
- [277] - la file active (nombre de dossiers traités annuellement) de chaque coordonnateur ;
- [278] - le salaire annuel des coordonnateurs ;
- [279] - les coûts de fonctionnement de la plate-forme.
- [280] Pour le cas particulier étudié, le périmètre des bénéficiaires potentiel est le nombre de personnes éligibles bénéficiant d'une coordination, auquel s'ajoute le nombre de personnes éligibles ayant répondu à une enquête ciblée qu'elles voudraient en bénéficier. La charge de travail dépend du modèle de suivi individuel (nombre de dossier/coordonnateur) choisi par la coordination, et la charge salariale du statut professionnel (temps de travail x salaire horaire) des dits coordonnateurs. Les autres frais généraux sont évalués à 32 % de la masse salariale pour les avantages en nature et frais divers, auxquels s'ajoutent 1 200 000 US dollars/an pour le suivi/évaluation.
- [281] La population cible susceptible d'en bénéficier peut être approchée en faisant l'hypothèse que seule une proportion de personnes souffrant d'une maladie chronique nécessite une prise en charge étendue. Cette hypothèse est issue du modèle « Kaiser permanente. »

⁵⁰ Références :

- « The Promise of Care Coordination; models that Decrease hospitalizations and Improve Outcomes for Medicare Beneficiaries with Chronic Illness », rapport de R. Brown pour la National Care Coordination (N3C), mars 2009
- « Coordinating Care Beyond the Medical Dimension; Models that Decrease Institutionalization and Improve Outcomes by Linking Social Support Services and Medical Interventions », C. Tinney, Social Work Institute, New-York Academy of Medicine, juillet 2009
- « Structuring, Financing and Paying for Effective Chronic Care Coordination » rapport de R. Berenson et J. Howell pour la National Care Coordination (N3C), juillet 2009
- « Care coordination in a statewide system of care; financing models and payment strategies », The Catalyst Center, octobre 2010. Enfants et adolescents handicapés (« Children and Youth with Special Health Care Needs » – CYSHCN).

Graphique 2 : La pyramide de Kaiser permanente



Source : Projet de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du centre du Québec. Avril 2010

[282] Pour l'évaluation du coût de la prestation, les constats de la mission lors de ses déplacements l'ont amenée à retenir deux hypothèses :

- 200€ le coût de la prestation sur la base des informations transmises par des CLIC⁵¹.
- 300€ le coût d'une prestation approfondie à partir des données transmises par un réseau.

Pour évaluer la population cible, la mission a également retenu deux hypothèses : 10 % et 20 % de la population souffrant d'une affection de longue durée quelle qu'elle soit, soit 12 millions de personnes, tous régimes confondus.

[283] Le pourcentage de 20 % est celui retenu dans l'expérimentation PAERPA : mais il s'applique à une population limitée, celle âgée de 75 ans et plus.

[284] De son côté, la CNAMTS évalue à 20 % des personnes hospitalisées pour une intervention de chirurgie orthopédique, la population potentiellement bénéficiaire de son programme de retour à domicile.

[285] Dans tous les cas, ces pourcentages concernent une population limitée à des situations lourdes. C'est la raison pour laquelle la mission a choisi de retenir les deux hypothèses de 20 et 10 % figurant ci-dessus.

⁵¹ Le coût par prestation des CLIC porté à la connaissance de la mission au cours de ses déplacements est légèrement inférieur à 200€. Dans la mesure où ce coût moyen ne concerne pas uniquement la coordination, on peut imaginer qu'il sous-estime le seul coût de la prestation de coordination qui recouvre des opérations qui sont plus complexes que de l'information et de l'orientation.

[286] Les résultats du calcul sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Sensibilité du coût global aux hypothèses

		Hypothèses sur la population cible	
		10 % des personnes en ALD	20 % des personnes en ALD
hypothèses sur le coût de la prestation	200 €	240 000 000 €	480 000 000 €
	300 €	360 000 000 €	720 000 000 €

Source : mission

[287] Le calcul débouchant sur le coût le plus élevé de 720 millions d'euros est à exclure dans la mesure où il applique à la totalité de la population des critères extrêmes et cumulatifs d'importance numérique de la population et de lourdeur des situations individuelles.

[288] Les maladies chroniques ne sont pas les seules à devoir être prises en charge dans le cadre de cette démarche. Il faut y adjoindre les événements aigus pour lesquels les médecins peuvent avoir besoin de recourir à un appui en coordination. La mission n'a pu chiffrer les personnes concernées. Aussi la mission estime-t-elle que le chiffre approché le plus réaliste est de l'ordre de 350 à 400 millions d'euros. Ce coût doit être rapproché des 300 millions d'euros dont bénéficient les CLIC, les MAIA et les réseaux de santé (cf.1.4.2) car il est brut : la rémunération à la prestation se substitue aux subventions aux structures offrant d'ores et déjà une prestation de coordination. Il faut donc en déduire le montant équivalent, que la mission n'a pu déterminer tant les fonctions assurées par ces structures sont hétérogènes, pour déterminer le coût net.

[289] Il est important de rappeler que ces financements n'incluent pas la valorisation des contributions à la coordination d'appui menées en dehors de ces structures, telles que les prestations fournies par les conseillers de l'assurance maladie, les infirmiers coordonnateurs de SSIAD, les assistants sociaux des établissements de santé, des CARSAT, etc. Cette évaluation n'intègre pas non plus les éventuelles économies générées par la coordination, en actes évités (hospitalisations évitées, efficacité de la prise en charge).

3.2.3 Dans le cadre d'une tarification nationale de la prestation, l'ARS doit pouvoir mobiliser l'ensemble des financements dédiés à la coordination

[290] Le FIR, alimenté par les dotations de l'Etat et de l'assurance maladie, et de la CNSA permet de regrouper l'ensemble des crédits dont l'ordonnateur unique est l'ARS. Les crédits mobilisés au sein du FIR doivent être conjugués avec les contributions des collectivités territoriales (départements, communes, intercommunalités) et les crédits des différents régimes de sécurité sociale extérieurs au FIR (maladie, retraite) dans le cadre des contrats territoriaux de santé qui devraient succéder aux contrats locaux de santé.

Recommandation n°8 : le FIR doit rassembler tous les crédits nationaux correspondants à la mise en œuvre de la coordination

[291] Lors de la négociation des contrats territoriaux de santé, un état des différents financements consacrés aujourd'hui aux coordinations devrait permettre de déterminer l'enveloppe affectée à de la coordination et pouvant à l'avenir bénéficier à la nouvelle organisation.

Recommandation n°9 : Prévoir systématiquement un thème « coordination d'appui » lors de la négociation avec notamment les collectivités territoriales, des contrats territoriaux de santé prévus au nouvel article L.1434-13 du code de la santé publique tel que figurant dans le projet de loi santé.

3.3 Le personnel

- [292] Il semble que les profils des responsables des coordinations existantes soient très hétérogènes : ceux des responsables de CLIC sont assez divers : ainsi le rapport de l'observatoire régional de santé des pays de la Loire note que « un sur cinq est un professionnel de santé, un sur trois un travailleur social, et la moitié d'entre eux a un autre profil ».
- [293] Ceci ne paraît pas être un handicap mais plutôt une richesse lorsqu'on analyse le dynamisme de certaines structures telles ARESPA.
- [294] En conséquence, il ne paraît pas opportun de donner à une profession le monopole de la fonction de coordination.
- [295] Mais s'il n'est pas nécessaire de définir un profil professionnel unique ou homogène, il conviendrait toutefois de définir les besoins en terme de compétences/connaissances qui pourraient venir compléter un cursus initial.
- [296] De manière préliminaire, la mission souhaite souligner qu'il convient, lorsqu'on définit les besoins, de distinguer a priori les fonctions de management et de coordination interne aux lieux d'exercice collectifs et la coordination nécessaire à l'organisation des parcours de santé, même si la même personne peut assurer tous les aspects.
- [297] Cette précaution prise, la nature spécifique de la coordination peut appeler plusieurs modes de formation complémentaire :
- des formations ad hoc pourraient aider ces professionnels à affronter les problèmes de terrain auxquels la plupart sont confrontés au démarrage de leur activité. Ce pourrait être de la responsabilité de l'EHESP. Cette école envisage d'ailleurs de mener une formation intitulée « manager une structure coordonnée de soins primaires » dont un module est consacré au parcours de santé et à la coordination. Une formation consacrée à la seule coordination d'appui pourrait être utile et s'adresser à ceux qui pourraient assurer cette fonction dans le cadre de maisons et pôles pluridisciplinaires comme aux coordonnateurs auxquels les médecins de premier recours exerçant de manière individuelle ou isolée ;
 - des cursus pourraient être envisagés avec les universités. C'est déjà le cas à Bordeaux mais cette formation ne s'adresse qu'aux médecins : elle a pour finalité la « professionnalisation des pratiques de coordination de parcours des soins et plus particulièrement en cancérologie ». L'objectif global du diplôme universitaire est de faciliter la mise en œuvre coordonnée et personnalisée du parcours du patient, en lui assurant la cohérence, la pertinence, la fiabilité et la continuité des différentes étapes et dimensions du processus de sa prise en charge, grâce à la fluidité des actions combinées des différents intervenants ;
 - l'apprentissage par les pairs, par une immersion dans des structures de coordination disposant d'une certaine ancienneté pourrait être un autre moyen de se familiariser avec la fonction. Cette immersion peut prendre au sein des autres formations la forme de stages.
- [298] En tout état de cause, ces différentes formations devraient déboucher sur un diplôme afin de structurer l'émergence de ces nouvelles compétences et assurer la mobilité professionnelle.

Recommandation n°10 : Engager des négociations avec les universités et l'EHESP afin que soient inscrites dans les programmes respectifs les formations qualifiantes en matière de coordination d'appui et prévoir des possibilités de stages dans les coordinations existantes.

3.4 Les systèmes d'information

- [299] Pour une bonne coordination au-delà de la seule fonction du soin, les outils informatiques et leur qualité sont indispensables. Les enjeux stratégiques liés à la qualité des systèmes d'informations, qui intéressent les professionnels comme les patients et l'autorité publique, sont : le partage sécurisé d'informations entre les professionnels de la coordination, la gestion opérationnelle des parcours individuels, l'accès à l'information des patients eux-mêmes, et enfin le retour d'informations pour les financeurs.
- [300] En la matière⁵², les initiatives nationales se sont avérées onéreuses et peu convaincantes pour les professionnels (exemple du dossier médical personnel), à l'exception du dossier pharmaceutique qui est bien utilisé, probablement car les professionnels en sont à l'origine. En outre, les outils proposés par les opérateurs publics sont multiples et non liés entre eux (volet médical de synthèse (VMS) ; messageries (APICRYPT, MSSanté) ; répertoires (ROR)), ils s'étendent rarement au secteur médico-social, tandis que le patient est le grand oublié, la réalité de son accès à son dossier ou aux services restant anecdotique.
- [301] La démarche « territoires de soins numériques » relève d'une démarche différente (cf. encadré ci-dessous) reposant sur une procédure d'appel à projet auprès des ARS. Les projets qui ont été sélectionnés devront être évalués sur leur capacité à promouvoir des outils innovants, intégrés à la pratique des professionnels et bien acceptés par eux.
- [302] Lors de ses déplacements, la mission a pu constater à la fois que les outils technologiques étaient disponibles dans le cadre de solutions informatiques commerciales, mais aussi que les professionnels de terrain avaient leur préférence pour leurs logiciels métiers. Quand on ne tient pas compte de cette préférence, les professionnels privilégient des outils grand public même non sécurisés. A défaut de solutions informatiques conviviales et familières qui soient sécurisées, ils persistent dans des échanges d'information non électroniques, sous forme papier.

⁵² Cf. annexe 3.

Le projet « territoires de soins numériques »

Le programme « territoires de soins numériques » (mesure n°17 de la feuille de route gouvernementale sur le numérique du 28 février 2013) doit favoriser l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique, au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins. Les projets, ciblés sur quelques territoires, seront portés par les agences régionales de santé (ARS), à qui s'adresse l'appel à projets. Ce programme a pour ambition d'expérimenter les services et technologies les plus innovants pour garantir, sur un territoire, une coordination optimale de tous les acteurs de santé (établissements de santé, EHPAD, maisons de santé, laboratoires, pharmacies, professionnels de santé...), centrée sur la prise en charge du patient (prise de rendez-vous dématérialisée, géo-localisation des équipes mobiles, gestion et disponibilité des lits...).

Il doit proposer un ensemble de services innovants pouvant notamment porter, selon le cahier des charges, sur l'organisation et la performance de l'offre de santé, la fluidité des prises en charge, les services rendus aux professionnels de santé, la prévention, l'information et l'éducation du patient ...

Financés dans le cadre des « investissements d'avenir », les cinq projets retenus en septembre 2014, ont obtenu des enveloppes allant de 10 à 21 millions d'euros (projets des ARS Aquitaine, Bourgogne, Ile de France, Rhône-Alpes, Océan indien). Selon un communiqué du ministère de la santé, ils ont été choisis pour leur caractère « *innovant et pérenne, leur adaptation aux réalités territoriales, leur capacité à mobiliser une majorité d'acteurs et leur impact escompté sur le développement des filières industrielles de l'e-santé* ».

- [303] Au vu de ces constats et des exemples étrangers, la mission recommande que les outils informatiques comprennent impérativement une messagerie sécurisée. Elle insiste également pour que les systèmes d'information soient d'abord une réponse aux besoins exprimés par les professionnels de terrain (succès de la démarche « Bottom-Up » aux Etats-Unis), qu'ils soient simples d'utilisation et intégrés aux outils informatiques habituels du médecin de premier recours.
- [304] Pour développer le recours effectif à ces outils, la mission souligne enfin l'efficacité d'une assistance technique de proximité à l'utilisateur qui ressort nettement du programme américain « Meaningful Use », particulièrement dans les petites structures avec peu de ressources humaines. Cette fonction pourrait être logée dans la plateforme de service organisée sous l'égide de l'ARS (cf. chapitre 3.1.2.2).

La stratégie du programme « Meaningful use »

- [305] Elle repose sur une nouvelle approche pragmatique : l'appui et l'incitation.
- [306] Cette approche est développée aux Etats Unis suite au constat en 2008 d'une trop faible utilisation des technologies de l'information dans la santé (« Health IT ») qui facilite notamment le fonctionnement collectif des équipes ; seulement 9 % des hôpitaux et 17 % des professionnels de santé sont concernés. En 2009 le gouvernement fédéral fait adopter l'American Recovery and Reinvestment Act (ARRA aussi dénommé « Stimulus Bill »), doté de 27 milliards de dollars en primes pour ceux qui adopteraient des systèmes informatiques « DMP compatibles » et les utiliseraient régulièrement (« Meaningful Use » que l'on pourrait traduire par « utilisation efficace »).
- [307] Le centre de gestion commun des Services Medicare Medicaid (CMS) a défini en 2010 les standards du « Meaningful Use »⁵³ et produit une tarification (grille de primes) pour les professionnels de santé et les EPS « utilisateurs efficaces ». Des pénalités sont prévues à partir de 2015 pour ceux qui ne répondent toujours pas aux critères. Ce programme privilégie également l'interopérabilité des outils et l'accès des patients à une information inter active et des outils Work Flow disponibles à leur domicile (« au pied du lit ») par le web. De tels outils existent sur le marché, comme l'Interactive Patient Care (IPC) de la société GetWellNetwork. L'engagement des patients dans leur parcours coordonné est un axe stratégique de ce programme.
- [308] Les résultats obtenus en quatre ans paraissent spectaculaires : selon les évaluations Medicare et Medicaid effectuées en juillet 2013, 80 % des hôpitaux et 60 % des professionnels de santé étaient devenus éligibles à ces primes.
- [309] Toutefois, on constate la persistance d'un « fossé numérique » entre les utilisateurs qui se limitent aux fonctionnalités de base et ceux qui utilisent tous les outils, y compris les échanges d'information et l'accès du patient au dossier. La formation et l'appui technique réduisent rapidement ces écarts.
- [310] Ce programme correspond à une forte demande des usagers américains d'avoir accès à l'information les concernant mais les professionnels de santé européens ne semblent avoir marqué qu'un faible intérêt pour cette démarche et ses outils.

Recommandation n°11 : Les systèmes d'information mis à disposition des professionnels de santé doivent comprendre une messagerie sécurisée, respecter les logiciels métiers dont les médecins de premier recours sont déjà dotés et s'accompagner d'une assistance technique de proximité.

3.5 Un modèle économique à évaluer

- [311] Le modèle économique des coordinations repose sur le fait que les dépenses mises en œuvre dans le cadre de ces organisations sont inférieures aux hospitalisations évitées ou prolongées, aux actes redondants, aux pertes de chance évitées par la mise en place de réponses adaptées. Le niveau des dépenses est toutefois fonction de la « valorisation » des dossiers et des délais mis à les clore. Il est cependant admis qu'à long terme ces interventions ne peuvent qu'avoir un effet positif à travers l'accès à des soins de qualité adaptés aux besoins de la personne.
- [312] Toutefois, on ne peut manquer de penser que cette démarche, quelles que soient les conditions d'organisation, pourrait se révéler coûteuse si elle n'était pas conduite avec rigueur et notamment avec une exigence forte quant aux résultats et leur évaluation. Ce pourrait être le rôle de la HAS d'établir les critères d'évaluation des résultats, critères qui diffèrent selon l'objectif poursuivi ou l'évaluateur (médecin, patient, coordinateur, financeur).

⁵³ 19 critères pour les EPS.

Recommandation n°12 : demander à la HAS de définir des indicateurs en nombre limité qui permettent d'apprécier la qualité de la coordination.

3.6 Montée en charge du dispositif

- [313] Il ne s'agit pas de mener de nouvelles expérimentations : en effet, ainsi que le relève le rapport précité de la Cour des Comptes, « *la démarche consistant à expérimenter de nouvelles pratiques et de nouveaux modes d'organisation est en soi positive : toutefois des choix doivent être faits, après évaluation, entre des formules parfois divergentes.* »
- [314] En revanche, le système proposé pourrait être mis en œuvre progressivement sur une période limitée à déterminer, sur la base du volontariat des médecins de premier recours dans une région : lorsqu'un nombre suffisant de médecins aurait témoigné un intérêt pour la prestation, l'ARS serait dans l'obligation d'organiser la coordination et de mettre en place les fonctions correspondantes à son niveau.
- [315] Il pourrait être également proposé de mettre en œuvre la réforme à partir des médecins exerçant de manière regroupée ou collective pour finir par ceux exerçant de manière individuelle.
- [316] En ce qui concerne le financement des dispositifs de coordination existants, il pourrait être envisagé de faire coexister un temps le financement par subvention et le financement au dossier afin de limiter les conséquences du changement proposé : les subventions diminueraient progressivement, en parallèle à l'augmentation du financement au dossier. Pour les nouvelles coordinations, il pourrait être décidé de subventionner le démarrage de la structure afin de lui permettre de disposer d'une mise de fonds initiale.
- [317] Ces choix sont particulièrement indispensables dans un contexte de finances publiques restreintes qui n'autorise plus à multiplier les initiatives concurrentes ou parallèles.

Recommandation n°13 : Prévoir une montée en charge progressive qui permette de respecter le volontariat des médecins ou d'offrir d'abord aux professionnels en exercice collectif la possibilité d'utiliser cette prestation. Durant cette montée en charge, faire basculer progressivement le système de financement par subvention vers le financement au dossier et soutenir l'investissement des professionnels dans la création de coordination par une mise de fonds initiale.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Compléter l'article L.1411-1 du code de la santé publique, qui définit les objectifs de la politique de santé, pour y ajouter l'organisation de la coordination de tous les intervenants auprès du patient en ce qu'elle contribue à la qualité de sa prise en charge.	SG et DGOS	Vote de la loi santé
2	Compléter l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, en son 2° qui donne au médecin la mission d' « orienter ses patients selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social » par les mots suivants « et recourir, le cas échéant, à une coordination d'appui ».	SG et DGOS	Vote de la loi santé
3	Un texte national (décret ou circulaire conjointe DGCS, DGOS, DSS) devra définir la coordination d'appui en précisant ses fonctions.	DGCS, DGOS, DSS	Mesure d'application de la loi santé
4	La liste des fonctions relevant de l'autorité régionale doit faire l'objet d'un décret.	SG	Mesure d'application de la loi santé
5	Le professionnel désigné, après discussion, le cas échéant, avec le patient, par le médecin de premier recours, pour prendre en charge la coordination d'appui est membre de l'équipe de soins figurant à l'article L.1110-12 créé par le projet de loi santé.	SG, DGCS, DGOS, DSS	Mesure d'application de la loi santé
6	Inscrire l'organisation de l'appui aux médecins de premier recours au nombre des missions des ARS (article L.1431-2 du code de la santé publique).	SG	Mesure d'application de la loi santé
7	Confier conjointement à la DGOS et à la DGCS la mission de définir les deux ou trois tarifs de rémunération de la prestation de coordination. Le cas échéant, engager l'assurance maladie, lors de prochaines négociations, à prévoir une extension de la rémunération à la performance des professionnels de santé à la coordination d'appui sur la base d'indicateurs à définir.	DGOS, DGCS, Assurance maladie	Mesure d'application de la loi santé et calendrier conventionnel
8	Le FIR doit rassembler tous les crédits nationaux correspondants à la mise en œuvre de la coordination	SG, DGOS	Mesure d'application de la loi santé
9	Prévoir systématiquement un thème « coordination d'appui » lors de la négociation avec notamment les collectivités territoriales, des contrats territoriaux de santé prévus au nouvel article L.1434-13 du code de la santé publique tel que figurant dans le projet de loi santé.	ARS	Annuellement
10	Engager des négociations avec les universités et l'EHESP afin que soient inscrites dans les programmes respectifs les formations qualifiantes en matière de coordination d'appui et prévoir des possibilités de stages dans les coordinations existantes.	SG, EHESP	D'ici la prochaine rentrée universitaire
11	Les systèmes d'information mis à disposition des professionnels de santé doivent comprendre une messagerie sécurisée, respecter les logiciels métiers dont les médecins de premier recours sont déjà dotés et s'accompagner d'une assistance technique de proximité.	SG, ASIP santé, DGOS	
12	Demander à la HAS de définir des indicateurs en nombre limité qui permettent d'apprécier la qualité de la coordination.	DGS, DGOS, HAS	Mesure d'application de la loi santé
13	Prévoir une montée en charge progressive qui permette de respecter le volontariat des médecins ou d'offrir d'abord aux professionnels en exercice collectif la possibilité d'utiliser cette prestation. Durant cette montée en charge, faire basculer progressivement le système de financement par subvention vers le financement au dossier et soutenir l'investissement des professionnels dans la création de coordination par une mise de fonds initiale.	SG et DGOS	Vote de la loi santé

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 20 JAN. 2014

Cab/POS/MII/MB - Me D14-430

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé

à

Monsieur Pierre BOISSIER, Chef de service de
l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Objet : Mission d'évaluation des dispositifs de coordination territoriale d'appui.

Plusieurs initiatives ont contribué ces dernières années à faire émerger la notion de coordination territoriale d'appui pour mieux organiser les prises en charge médicales et médico-sociales.

C'est l'objet de l'évolution des réseaux de santé vers des plateformes polyvalentes d'appui aux médecins généralistes couvrant l'ensemble d'un territoire ou des expérimentations sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), prévues par l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. D'autres dispositifs, comme les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ou le groupement d'intérêt économique « ingénierie maintien à domicile des personnes âgées » (GIE IMPA), répondent également à des logiques proches même s'ils recouvrent des modalités de déploiement différentes.

Le principe de la coordination territoriale d'appui est essentiel à l'organisation du parcours de santé des patients et à la réalisation de l'objectif que j'ai fixé dans le cadre de la stratégie nationale de santé, de déployer une médecine de parcours pour mieux organiser la prise en charge des patients, limiter les ruptures de soins et éviter ainsi les recours inadaptés à notre système de santé.

Je souhaite que l'Inspection générale des affaires sociales procède à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées. Cette analyse devra distinguer les structures en tant que telles des missions qui peuvent être portées par des acteurs préexistants. Elle portera sur l'ensemble des caractéristiques de ces coordinations : nature, gouvernance, public concerné, périmètre, financement, et relations avec les différents acteurs du parcours de santé.

La mission devra s'intéresser aux dispositifs de ce type existant dans les pays étrangers pour en tirer des éléments de comparaison.

Les premières conclusions de la mission sont attendues pour mars 2014.


Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère de la santé

Cabinet de la Ministre

M. Raymond LEMOIGN
M. Fabrice MASI

Secrétariat général des ministères sociaux

M. Pierre-Louis BRAS, secrétaire général
Mme Natacha LEMAIRE : chef de service
Mme Elisabeth FERY LEMONNIER : en charge des parcours de santé et de la gestion du risque

Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé

M. Philippe BURNEL : Délégué

DGOS

M. Y. LE GUEN : sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Stéphane FISCH : chef du bureau coopérations et contractualisations (PF3)
M. F. JOLIVALDT, chef du bureau systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins
Emmanuelle HEDOUIN : chargée de mission
Clémence MAINPIN : adjointe au chef du bureau coopérations et contractualisations

DSS

Claire SCOTTON chef de projet PAERPA
Léa CAMUS (stagiaire)

Conseil d'Etat

M. Denis PIVETEAU : conseiller d'Etat

Cour des Comptes

M. Ch. CARCAGNO, Conseiller référendaire – Secrétaire général de la Cour de discipline budgétaire et financière
Mme S. TORAILLE, Conseillère référendaire – Responsable du secteur « santé »
Mme S. BOUTEREAU-TICHET : conseillère référendaire
Mme P. FOURNOLS, Stagiaire

HAS

M. le Dr M.VARROUD-VIAL, Chef du service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades
Mme N. DEROZIER chef de projet

CNAMTS

Mme M.LIGNOT-LELOUP : directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Mme le Dr E. RONFLE : direction des assurés
M. T. JAN : responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins

ASIP

M. Michel GAGNEUX
Mme Anne MONNIER, Directrice, Pôle Territoires et Développement des Usages

M. Julien CANQUETEAU, Chargé de Marketing Opérationnel, Pôle Territoires et Développement des Usages

M. Elie LOBEL, Directeur du pôle projets coordination des soins

CNSA

M. X DUPONT, Directeur des établissements et services médico-sociaux

M.H. LEOST, Directeur adjoint,

M. E DEGUELLE, Directeur adjoint de la direction de la compensation de la perte d'autonomie

Mme S MOREAU-FAVIER, Chef de projet MAIA

Mme C. PERISSET, Expert sujet d'intégration

EHESP

Dr Laurent CHAMBAUD : directeur

Mme MALPOT : Directrice du développement et de la formation continue

Syndicats

UNOF CSMF

Dr Luc DUQUESNEL : président

MG France

Dr Th. BOUREZ : vice-président (entretien téléphonique)

SML

Dr R. Rua : Président

Dr E. Henry : secrétaire général

Fédération des maisons et pôles de santé

Dr P. de HAAS

Dr M.SERIN

Déplacements

Bordeaux

Le conseil général

M. BOUCHAIN, directeur des actions pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Mme C. CONTARDO, chef du bureau de la coordination gérontologique

Les EHPAD

Mme M.C.LEROUX, directrice Korian

Mme le Dr HAUGER, médecin coordonnateur EHPAD clos Séréna Korian

M. X. Fénelon, directeur de l'association les Doyennés, EHPAD le platane du grand Parc

Mme K. MICHAUX, cadre de santé, association les Doyennés, EHPAD le platane du grand Parc

Mme J. WILLIAUME, directrice de l'EHPAD Henry Dunant

M. le Dr B. ROUGIER, directeur EHPAD Terre Nègre

Mme B. DEBENAI, directrice de l'EHPAD la clairière de Lussy (CCAS de Bordeaux)

M. le Dr M. SERNE, médecin gériatre EHPAD Terre Nègre

CHU

Mme le Pr M. RAINFRAY, chef de pôle de gérontologie clinique

Mme le Dr J. JENN

Mme Ch. RATINEAU, directrice référent du pôle

Mme M. BAUDINET, cadre supérieur de santé du pôle

Mme B. élève directeur

Mme V. VALENTIN, secrétaire générale du CHU

COS villa Pia : participants à la réunion

Mme le Dr C. PRADEAU, SAMU 33
Mme E. LAFFONT, cos villa Pia
M. P. OZANEAUX, directeur ASAD de bordeaux
M. F. BROUCAS, SOS médecin et membre du CDOM
Mme le Dr N. BOURDIN, médecin coordonnateur villa Pia
M. S. FOURNIER, aide soignant
Mme N. SORIA, IDEC villa Pia
M. S. DELETOILE, infirmier
Mme L. GUYOT, infirmière
Mme C. MOURA, infirmière
Mme F. AYI, infirmière
Mme E. RUEYRES, infirmière
Mme S. RISPAL-HOFFA, coordonnatrice plateforme villa Pia
Mme M. JEAN-JEAN, gouvernante
Mme D. KLEIN, psychologue
M. D. PARENT, Directeur Général du COS

URPS

Mme Dr D. GUERIN
M. le Dr J.L. HERVOUET
M. P. LAMAT, kinésithérapeute
Mme C. THERET, infirmière

Maison de santé bagatelle DomCare

M. J.P. PIERME, directeur général
M. O. FREZET, directeur DomCare

SSIAD

M. O. FREZET directeur du SSIAD MSPB bagatelle

CCAS de bordeaux : et ses partenaires

M. N. BRUGERE, président du CCAS
M. C. SIMON, directeur délégué du CCAS de Bordeaux
M. D. BEUTIS, MSA 33
Mme V. CARTAU, service social CARSAT
Mme C. BOUFFARD-BERTRAND, directrice générale vie santé Mérignac
Mme D. DURET, présidente vie santé Mérignac
Mme S. FORT, directrice adjointe actions gérontologiques CCAS
Mme L. TUAILLON, responsable CLIC-MAIA, CCAS de Bordeaux
Mme A. MAGASSA, pilote MAIA
Mme J. BROTHIER, présidente de l'ASAD de Bordeaux
Mme S. ROBIN, CODERPA de la gironde
Mme B. FREYSSIGNAC, France Alzheimer Gironde
M. JP EMERIAU, président OGISAD-OGIGAD

Pays de la Loire**ARS**

Mme S. DESAULLE : directrice générale
M. F. GRIMONPREZ, adjoint
M. V. MICHELET, responsable du département coopérations et parcours de santé
M. F. BEAUCHAMP, DT Ars, responsable du département animation des politiques de territoires au sein de la délégation territoriale 49

Conseil général

Dr LHERMITTE

EAAR (Equipe d'appui en adaptation réadaptation)

M. S. GENDRON, directeur des services APF

ANNE BOUCHEZ, cadre de santé ergothérapeute centre de réadaptation les capucins

Mme A. ROULLIER, ergothérapeute EAAR

M. B. TESSIER, directeur service aînés mutualité Anjou Mayenne

Mme B. GAIGNARD, responsable du clic d'Angers

Mme I. FROGER, assistance de l'équipe d'appui

MME Ch. APPARAILLY, responsable association passage

Mme C. BUENO, assistante sociale EAAR / APF

Réseau de santé pour personnes âgées (RESPA)

Mme B. PAILLON IDE coordinatrice de RESPA

M. le Dr A. de la GARANDERIE, président du RESPA

M. Th FONTAINE, chargé de projets sur les parcours de santé des aînés

CLIC

Mme A. NAYL, directrice du CLIC pays mer et vie

Mme L. FORCONI, directrice du CLIC coord'age Challans

Mme D. FAVREAU, coordinatrice CLIC pass âges

MAIA

Mme C. CLERC, chargé de projet MAIA à l'ARS

Mme E. PERIBOIS, responsable du département médico social au sein de direction de l'efficience de l'offre à l'ARS

Mme S GEFRIAUD, pilote de la Maia est

Mme AUVINET, pilote de la Maia ouest Vendée

DCA 44 (dispositif de coordination de l'aval du court séjour hospitalier)

Dr VISART-AUDINEAU, médecin du DCA 44

Mme N. GEORGET, coordinatrice DCA 44

Marseille**ARS**

Mme N. EYNAUD, Chargée de mission – Référent réseaux de santé – Département du 1^{er} recours

M. G. KULLING, Responsable du département offre de 1^{er} recours, direction offre de soins

M. le Dr. A. FERRERO, Direction déléguée politiques régionales de santé

Mme S. SAVARD-CHAMBARD, Adjointe au directeur délégué aux politiques régionales de santé

Mme A-C. LETHT, Directrice Adjointe de l'offre médico-sociale

M. D. NENBBI, Inspecteur en charge de l'offre médico-sociale, Personnes âgées

Mme F. BONNABEL, Direction de l'Offre Médico-sociale (DOMS, service personnes âgées) – Référent Alzheimer

Mme M. CHABERT, Responsable du département études et projets – Direction déléguée aux politiques régionales de santé (DDPRS)

Direction déléguée aux politiques régionales de santé (DDPRS)

Mme G. TONNAIRE, Responsable du service projet

Observatoire régional des urgences (ORU)

M. le Dr. G. VIUDES, Directeur GIP ORUPACA

MAIA de Nice

Mme I. POURCHER: Pilote MAIA

Centre de santé soutien social (C3S)

M. M. GUENNOUN, Directeur C3S

Centre gérontologique départemental (CGD)-Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM)

M. J-C PICAL, Directeur CGD

Mme M. BOURRIQUEN, IDEC APHM

Mme le Dr. G. DELALANDE, Médecin CGD

Projet Passerelles (Grasse)

M. le Dr. J. RIBIERE,

Mme le Dr I. THEVENIN-LAVALOU, Médecin gériatre PH-CH

Mme M. TANGUY, Responsable Actions sociales Centre Hospitalier de Grasse

Groupement d'intérêt public - communauté d'établissement (GIP COMET Hyères)

M. G. SEVOZ, Directeur

Dr. R. LATOUR, Médecin, Centre de gériatrie Beausejour

Diabaix/Apport santé

Mme C. ORHOND, Directrice Apport Santé

Réseau Symbiose

M. P. CHAMAGNE, Président du réseau

Mme M. CARLE, Cadre Administratif du réseau

MAIA Marseille

Mme V. CERASE, Institut de la maladie d'Alzheimer

Ile de France**ARS**

Mme A-M. ARAMNTERAS DE SAXCE, Directrice de l'offre de soins et médico-sociale

M. P. OUANHNON, Directeur du pôle « Ambulatoire et services aux professionnels de santé »

M. J-G MASTRANGELO, Attaché de direction

M. le Dr JPh. FLOUZAT, Conseiller médical

Mme M. EYMERY, Responsable service ACORS

M; le Dr. L. GINOT, Adjoint au directeur de la santé publique, Directeur du pôle Besoins, Réduction des inégalités, Territoires

Mme le Dr. P. ARCELLA-GIRAUX, Médecin référent santé mentale et addictions

M. P. TEREYGEOL

MAIA 93

Mme Boa HOA DANG, pilote MAIA

Mme le Dr. Nathalie NISENBAUM, Directrice réseau arc en ciel

Réseau Oncologie 93

Mme A. FESTA, Directrice réseau oncologie 93

M. le Pr. ZELEK,

Unité mobile interdépartementale (UMI 75-92)

Angélique MILLET, psychologue

Thomas JEANNOT, éducateur coordinateur

Dr Moise ASSOULINE, médecin psychiatre

SOLIPAM

Dr. Paule HERSCHKORN BARNU, gynécologue obstétricienne

BOURGOGNE

ARS

M. C. LANNELONGUE, Directeur général

Mme N. GHALI, soins de proximité

M; D. JACOTOT, Chef de cabinet, Délégué territorial de Côte d'Or

Mme V. GARNIER, -DOS Soins de proximité

Mme K. MAZET, DOS Soins de proximité

Mme A. MEILLIER, DOS-Soins de proximité

Mme M-P DAUBIGNEY, DOS-Soins de proximité

M. D; JAFFRE, DOS -

Mme F; SAID, DFAC -

M. M DI PALMA, Adjoint DSP

Mme G; FRIBOURG, DT 71

M. A. LORRAINE, DT 58

M. P. DURAND, DPO

M. P. GUICHARD, DT 89

Mme M-A; VEROT, Mission appui parcours,

Mme A-L; MOSER-MOULAA, DA

M. S. AWESSO, Chargé de mission PAERPA

M.R. FERNANDO, Chargé de mission, coordonateur interne parcours des personnes âgées

Mme F. PELISSIER, Responsable département personnes âgées, chef de projet PAERPA

M. G. LÉBOUBE, ARS Franche-Comté

ARESPA

Mme F. LE MARER, Directrice ARESPA

M. le Dr J-F ROCH, Médecin, Chargé de mission recherche et développement

M. M.PICARD, URPS Médecins libéraux de Bourgogne

GPSPB

Mme le Dr. Patricia MERCIER, Médecin généraliste, Présidente GPSPB

Bernadette THIBAUT, Directrice GPSPB

RESOVAL

M. Cyril CHAUX, Responsable RESOVAL

M.G. JANIN, Président association RESOVAL

Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) Cluny

Mme C. VAANANEN, Coordinatrice

Mme le Dr C. AUBRY, Médecin généraliste, manager

LONDRES

Mme P. GARSIDE, Newhealth

Mr. D. KNIGHT, Department of Health

Mr. M. KEUNEMAN, Department of Health

Mr. R. ASHCROFT, Health & Social care Information Centre

Dr. E. WYN JONES, Health & Social care Information Centre

Mme A LAY, Health and Social Care Information Centre

ANNEXE 1 : SYNTHÈSE DU QUESTIONNAIRE

1	LES DISPOSITIFS RECENSES.....	75
2	LES TERRITOIRES.....	76
3	FILE ACTIVE.....	76
4	PROCEDURES ET METHODES.....	77
5	SYSTEMES D'INFORMATION.....	78
6	LES AUTRES OUTILS.....	78
7	LE GESTIONNAIRE DE CAS.....	78
8	L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP).....	80
9	FINANCEMENT.....	80

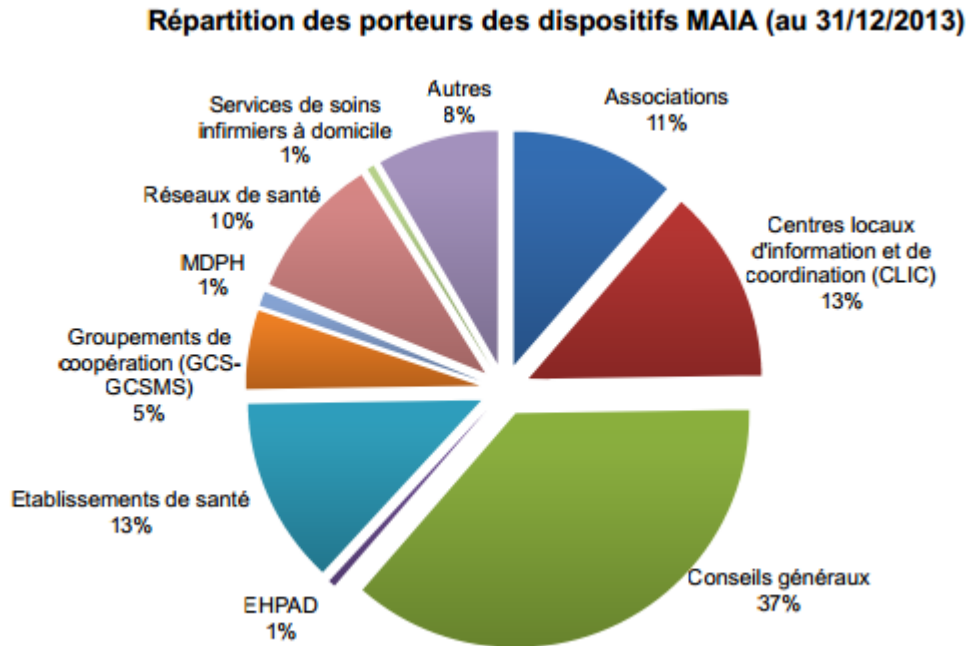
- [318] La mission a adressé aux 22 ARS de France métropolitaine, qui ont eu 6 semaines (du 24 avril 2014 au 6 juin 2014) pour y répondre, un questionnaire de recensement des coordinations d'appui existant au 31/12/2013, et reçu 17 réponses.
- [319] La notion de coordination territoriale d'appui a été définie, dans un premier temps, par la mission comme suit : « La coordination territoriale d'appui rassemble, autour du patient, tous les acteurs (des professionnels de santé de premier recours jusqu'au personnel médico-social ou social) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, et sans rupture de son parcours ».
- [320] L'enquête a permis de recenser 236 dispositifs de coordination, mais l'hétérogénéité du tissu existant emporte un risque d'incohérence dans l'interprétation des réponses.

1 LES DISPOSITIFS RECENSES

- [321] Dans les réponses fournies par les ARS, 50 % des coordinations sont des réseaux, et 41 % sont des MAIA⁵⁴.
- [322] A ces deux types de dispositifs s'ajoutent 9 % de dispositifs divers : deux CLIC, un groupement de professionnels libéraux, un groupement de coopération sanitaire, une « plateforme CLIC- réseau gérontologique- MAIA », six dispositifs PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie), une plateforme de répit, trois structures correspondant à la mutualisation de l'action sociale des caisses de retraite et à la création de dispositifs inter-régime, un relais des aidants, une équipe dédiée au domicile (ergothérapeute, diététicienne, psychologue..), une coordination ville-hôpital, trois coordinations d'appui aux situations complexes, un centre communal d'action sociale (CCAS), et un dispositif indéterminé.
- [323] La plupart des dispositifs recensés dans l'enquête sont gérés dans le cadre associatif. Pour les MAIA, au plan national, 11 % sont gérées dans ce cadre.

⁵⁴ On notera que 8 MAIA sont portées par des réseaux mais ne sont pas comptabilisées en tant que tel.

Graphique 3 : Nature des « porteurs » des dispositifs MAIA



Source : Rapport d'activité 2013 de la CNSA

2 LES TERRITOIRES

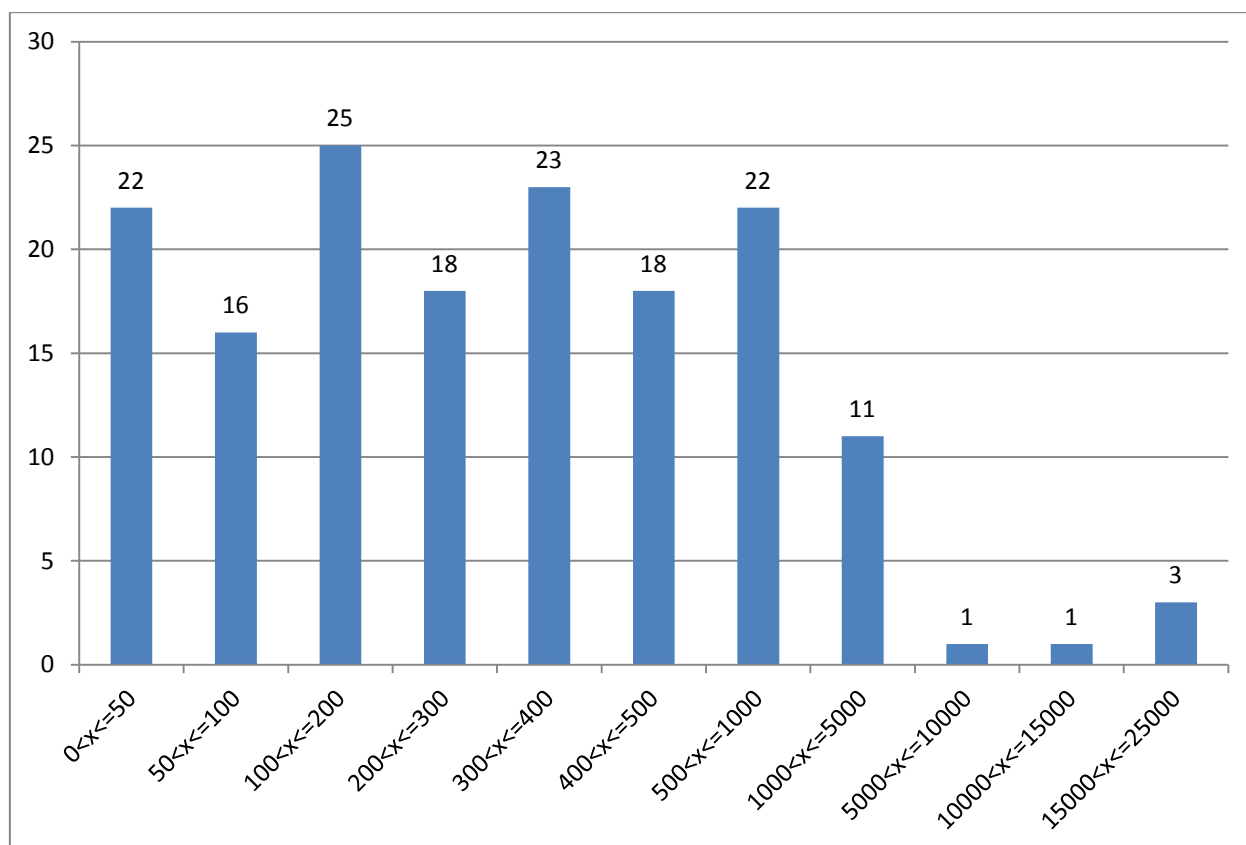
[324] Pour 23 % des dispositifs, le territoire d'action est communal ou intercommunal, pour 17 %, c'est le département et dans 21 % des cas la réponse est « autre » (arrondissements, cantons, demi-département, bi-régional, infra-départemental, une partie de deux départements...). Le territoire d'action est un territoire de santé dans 9 % des cas et c'est un territoire de santé de proximité dans 18 % des cas. Pour 3 %, le territoire d'action est la région. Pour 9 % des dispositifs il n'y a pas de réponse.

3 FILE ACTIVE

[325] 160 dispositifs ont indiqué avoir suivi des patients au cours de l'année 2013 (76 dispositifs n'ont pas répondu, soit 32 %). En 2013, 138 934 personnes ont été suivies par ces dispositifs de coordination territoriale d'appui. La moyenne du nombre de personnes suivies par dispositifs est de 868 personnes environ.

[326] On notera une très grande hétérogénéité dans le nombre de patients pris en charge par chaque dispositif en 2013 : ainsi, 22 dispositifs sur 160 ont-ils suivi entre 0 et 50 patients, 25 dispositifs ont suivi entre 100 et 200 patients et 22 dispositifs ont suivi entre 500 et 1000 patients.

Graphique 4 : Distribution des dispositifs selon le nombre (x) de patients pris en charge



Source : Mission - Réponses au questionnaire adressé aux ARS

4 PROCEDURES ET METHODES

- [327] Pour 76% des dispositifs, un système de repérage des patients est organisé ; à l'inverse, aucun repérage des patients n'est organisé par 14% des dispositifs, et 10 % n'ont pas répondu.
- [328] Pour la grande majorité des dispositifs (88 %) une évaluation multidisciplinaire et concertée des besoins du patient est assurée (2,6 % ont répondu qu'ils n'en réalisaient pas et 9,4 % n'ont pas répondu).
- [329] 69 % des évaluations se font en passant par le domicile du patient (7 % ne passent pas par le domicile et 24 % n'ont pas répondu).
- [330] Les dispositifs utilisent des outils méthodologiques validés d'évaluation, de type évaluation gériatrique standardisée (EGS), grille AGGIR, ou GEVA, dans 74 % des cas (16 % ont répondu qu'ils n'en utilisaient pas et 10 % n'ont pas répondu). L'évaluation donne lieu à l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS), ou équivalent, dans 76 % des cas (pour 5 % des dispositifs, le processus ne débouche pas sur un PPS ; 19 % des dispositifs n'ont pas répondu).
- [331] Le médecin traitant est associé à l'élaboration du PPS dans 62 % des cas (15 % des dispositifs n'associent pas le médecin traitant ; 23 % n'ont pas répondu à la question) ; il le valide dans 27 % des cas (« non » dans 35 % des cas et 38 % sans réponse) et en est destinataire dans la moitié des cas seulement (13 % de 'non' et 37 % sans réponse).

- [332] Le PPS fait l'objet d'un suivi organisé dans 66 % des cas (4 % de 'Non' et 30 % n'ont pas répondu), et fait également l'objet d'une réévaluation dans 69 % des cas (7 % ne font pas de réévaluation et 24 % n'ont pas répondu); 56 % des dispositifs effectuent des retours d'information formalisés au médecin traitant (8 % ne le font pas et 36 % n'ont pas répondu).

5 SYSTEMES D'INFORMATION

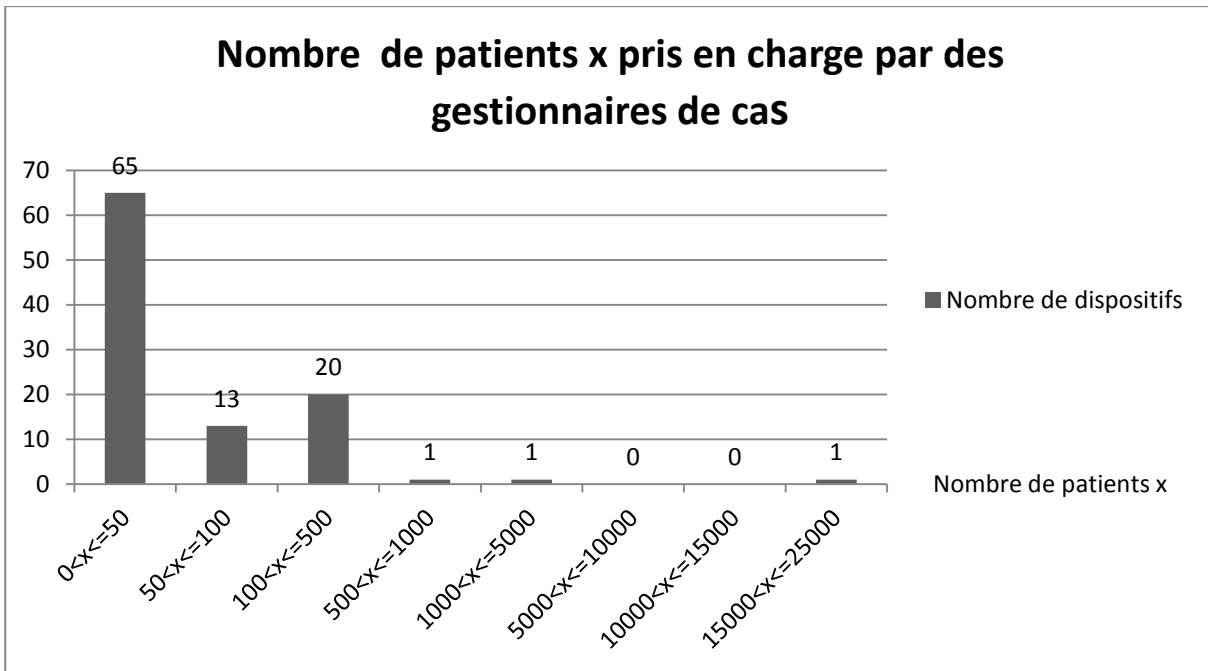
- [333] Dans 70 % des cas les membres de la coordination n'utilisent pas d'outils informatiques nationaux, notamment le DMP, (22 % les utilisent et 8 % n'ont pas répondu), 41 % utilisent des outils informatiques locaux permettant de partager le dossier médical du patient, d'utiliser d'une messagerie sécurisée, de diffuser des documents et le répertoire des ressources. (48 % n'utilisent pas d'outils locaux et 11 % n'ont pas répondu ; 68 % de non réponse en ce qui concerne la fonction des outils informatiques locaux).
- [334] Dans 55 % des cas le dispositif effectue un retour d'informations à l'ARS sur les besoins collectifs non couverts en matière de systèmes d'information (24 % ont répondu 'Non' et 21 % n'ont pas répondu).

6 LES AUTRES OUTILS

- [335] 79 % des professionnels disposent d'un répertoire complet de l'offre disponible (19 % 'non' et 2 % n'ont pas répondu).
- [336] Il existe un service d'information téléphonique dans 63 % des cas, à la fois pour les patients et pour les professionnels (28 % ont répondu 'Non' et 9 % n'ont pas répondu).
- [337] Les principaux rôles de la coordination sont la prise de rendez-vous, la mobilisation de soins et services à domicile, l'acquisition d'aides techniques et l'aménagement du domicile. Dans certains cas la coordination assure également aux patients un soutien psychologique et social, une aide à l'activation des aides sociales, assure des formations professionnelles... Dans 34 % des cas la coordination apporte une aide aux professionnels à l'utilisation optimale des systèmes d'information pour gérer les parcours patients (38 % de 'Non' et 28 % n'ont pas répondu).

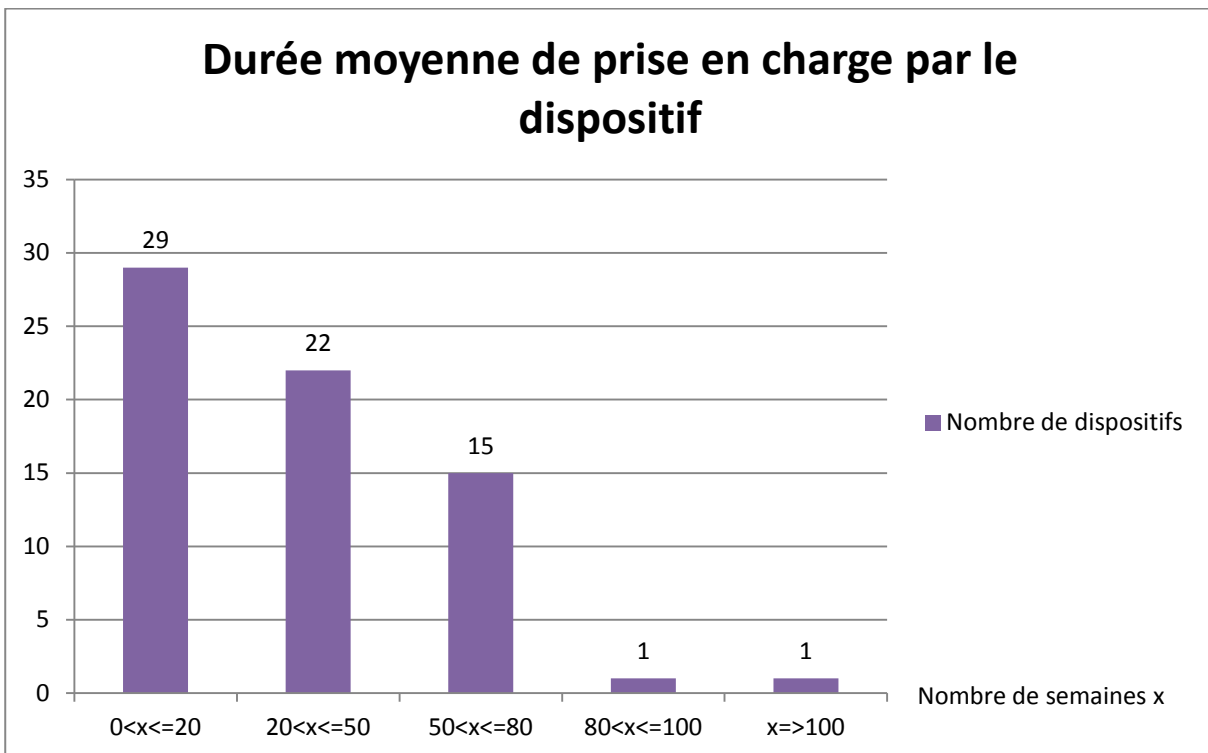
7 LE GESTIONNAIRE DE CAS

- [338] 57 % des dispositifs ont recours à au moins un gestionnaire de cas, 39 % non (4 % n'ont pas répondu).
- [339] En 2013, ces gestionnaires de cas ont suivi 25 419 patients ; on notera que pour 65 dispositifs ayant recours à des gestionnaires de cas, ceux ci ont suivi entre 0 et 50 patients.



Source : Mission - Réponses au questionnaire adressé aux ARS

[340] Le plus souvent, la durée moyenne de prise en charge des patients par le dispositif est de 0 à 20 semaines.



Source : Mission - Réponses au questionnaire adressé aux ARS

[341] Les gestionnaires de cas sont des travailleurs sociaux, des professionnels médico-sociaux ou des professionnels de santé. Toutefois, dans certains cas ils peuvent être des évaluateurs de besoin d'aide à domicile, des psychiatres, des psychologues, des coordonnateurs... Parmi les dispositifs ayant recours à des gestionnaires de cas, 41 % n'ont pas indiqué quelle était leur qualification.

[342] 84 % des dispositifs organisent des réunions pluri professionnelles autour des besoins du patient complexe (10 % n'en organisent pas et 6 % n'ont pas répondu).

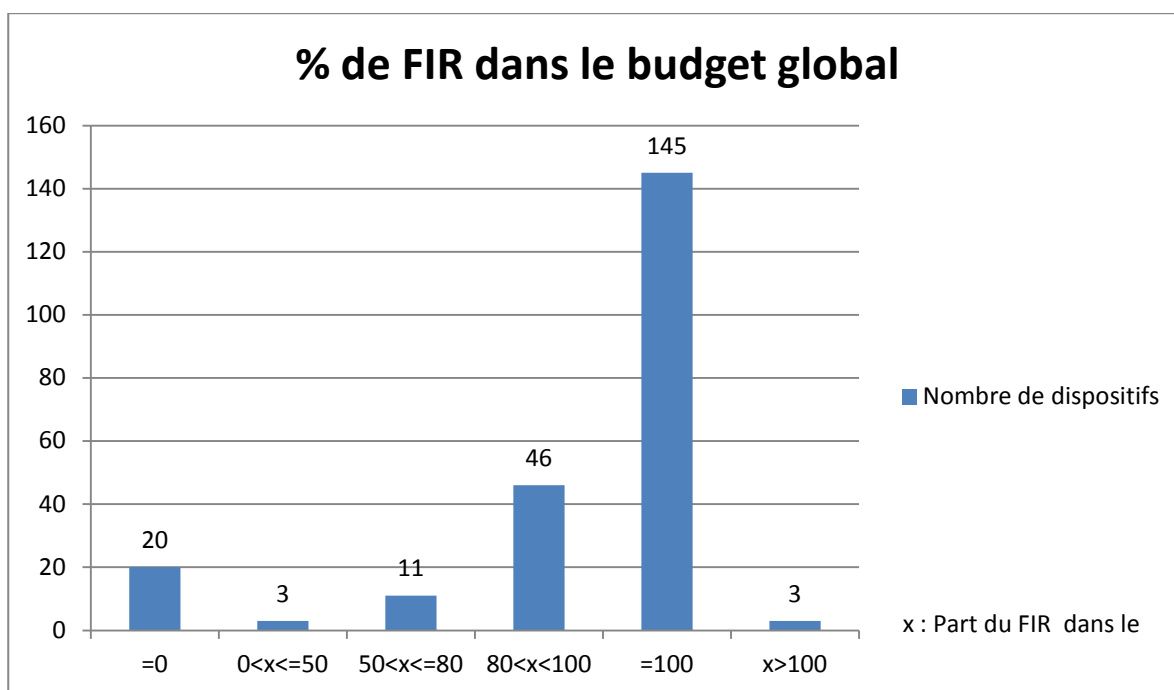
8 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

[343] La coordination, pour 73 % des dispositifs, n'assure pas l'ETP (21 % le font et 6 % n'ont pas répondu) ; la coordination ne réalise pas de séances d'ETP en subsidiarité aux professionnels de premier recours dans 81 % des cas (elle le fait dans 12 % des cas et 7 % n'ont pas répondu).

9 FINANCEMENT

[344] En moyenne, le budget global d'un dispositif est d'environ 323 671 €

[345] 61 % des dispositifs sont entièrement financés par le FIR, 19 % d'entre eux sont financés par le FIR à hauteur d'au moins 80 %. Le montant FIR moyen est d'environ 313 323 €



Source : Mission - Réponses au questionnaire adressé aux ARS

ANNEXE 2 : LE FINANCEMENT DES COORDINATIONS D'APPUI

1	DES FINANCEMENTS HETEROGENES.....	83
1.1	LES DISPOSITIFS DE COORDINATION EXISTANTS ET LEUR FINANCEMENT.....	83
1.2	L'EXPERIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION (ENMR).....	87
1.3	LA REMUNERATION INDIVIDUELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE AU TITRE DE LA COORDINATION DES SOINS.....	88
2	LE FINANCEMENT DES COORDINATIONS EST COMPLEXE ET FRAGILE.....	91
2.1	DES FINANCEMENTS OBTENUS LE PLUS SOUVENT DANS LE CADRE D'EXPERIMENTATIONS.....	91
2.2	DES FINANCEMENTS COMPLEXES MALGRE LA RATIONALISATION ISSUE DE LA CREATION DU FIR.....	92
2.3	LE DIFFICILE CHIFFRAGE DU COUT DES COORDINATIONS ET DES ECONOMIES EN RESULTANT.....	92

1 DES FINANCEMENTS HETEROGENES

1.1 Les dispositifs de coordination existants et leur financement

1.1.1 Les réseaux de santé

- [346] Définis par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (cf. article L6321-1 du CSP), ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.
- [347] Ils assurent une prise en charge en fonction des besoins de la personne au regard de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils doivent procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.
- [348] Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.
- [349] Les réseaux sont principalement financés via le fonds d'intervention régional (FIR⁵⁵) et par exception par d'autres sources de financement.

Tableau 3 : Crédits versés aux réseaux de santé

Année	2009	2010	2011	2012	2013 (provisoire)
Crédits versés	164,8M€	173,6M€	166,9M€	161,9M€	157,8M€
Nombre de réseaux	742	730	716	681	632

Source : DGOS et rapport d'activité 2013 du FIR

- [350] Etablir le coût moyen d'un réseau n'a pas grande signification : on ne peut comparer les différents réseaux tant sont grandes les différences dans leur fonctionnement et les caractéristiques des patients qu'ils prennent en charge.

Exemple de l'UMI CENTRE (départements 75 et 92)

Cette équipe pluridisciplinaire est constituée de 5,6 ETP : 0.6 ETP médecin psychiatre, responsable de l'UMI, 1 ETP IDE, 1 ETP éducateur, 1 ETP psychologue, 1 ETP travailleur social, 1 ETP secrétaire médicale.

Le budget 2013 de ce réseau est de 450 000 € pour une file active de 120 enfants et adolescents autistes (coût moyen de 3 750 € par bénéficiaire)

Exemple de l'ARESPA (Franche-Comté)

18 personnes (15,75 ETP) dont 12 coordonnatrices d'appui, budget 2013 de 850 000 € (100 % FIR) pour une file active de 2 400 personnes suivies.

⁵⁵ Depuis le 1er mars 2012, la part régionale du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui finançait les réseaux de santé, a été intégrée dans le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

1.1.2 Les MAIA

- [351] Initialement dénommées maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), les MAIA sont appelées à devenir des méthodes. Elles ont reçu une base légale avec l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, codifié à l'article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles.
- [352] « *Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leurs activités* » au sein des dispositifs MAIA.
- [353] « *Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.* »
- [354] Cette loi confère également une nouvelle mission aux agences régionales de santé (ARS) (article L.1431-2 du code de la santé publique complété) : « (...) elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 du même code (...) » et s'assurent du respect du cahier des charges national des dispositifs MAIA du 29 septembre 2011.
- [355] Depuis 2011, les dispositifs MAIA sont financés par les ARS sur la base de crédits alloués à la fois par la CNSA (section 1, sous-section 2 du budget de la CNSA) pour 188 dispositifs et par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour 14 dispositifs. A partir de 2013, ces financements ont été regroupés dans le fonds d'intervention régional (FIR).
- [356] Selon la circulaire ° DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer, la dotation des ARS « *finance les coûts salariaux du pilote et des gestionnaires de cas, leurs frais de formation, leurs frais de déplacement, l'équipement informatique, les licences et droits d'utilisation des outils et des systèmes d'information. A l'instar des années précédentes, l'année 2013 permet à chaque nouveau dispositif de prévoir des provisions, notamment pour les formations à venir et pour la labellisation-certification (environ 5 000 € par dispositif MAIA pour cette labellisation). L'ARS réalise un suivi de ces provisions.*
- [357] *Le montant des financements attribués par les ARS tient compte des contributions financières ou en nature des autres partenaires.* »
- [358] En année pleine, le montant plafond attribué par l'ARS à chaque dispositif est de 280 000 € si le projet prévoit trois gestionnaires de cas et 220 000 € si le projet n'en prévoit que deux.
- [359] La dotation de la CNSA ne couvre jamais l'intégralité des coûts de la MAIA qui a donc besoin de partenariats pour couvrir les frais qui restent à la charge du porteur : salaire secrétaire, loyers et charges et divers travaux et fournitures.
- [360] Ainsi, à titre d'exemple, le réseau Equip'âge, porteur du dispositif MAIA 93 nord supporte-t-il, au titre de l'année 2014, 47 125 € pour un budget total du dispositif MAIA de 280 000 € soit 17 %, selon les données qu'il a communiquées à la mission.
- [361] Le financement moyen par l'ONDAM MAIA est de 238 810 € en 2013, auquel il convient d'ajouter d'autres financements (collectivités locales notamment) non consolidés nationalement, qui vont de 15 % à 35 % de la dotation de la CNSA dans les MAIA rencontrées par la mission en région. Même en tenant compte de ces participations, les MAIA sont moins dotées que les PAERPA pour un public très voisin, voire pour le même public.

- [362] En 2013, il existait 202 MAIA. En 2014, l'objectif est de 252 MAIA (dont 14 portées par des réseaux de santé) pour un volume financier de total de 55 millions d'euros dans l'ONDAM sanitaire.
- [363] Selon la CNSA, au 30 juin 2010 (année d'expérimentation), huit cent cinquante malades et leurs proches avaient bénéficié des compétences d'un gestionnaire de cas dans les 15 MAIA en activité cette année-là, ce qui correspondait à un coût moyen (pour la seule part du budget CNSA MAIA/nombre de cas) de 2 000 €par cas.

1.1.3 Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique

- [364] Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) sont des guichets à destination des retraités, des personnes âgées et de leur entourage ou des professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.
- [365] Leurs missions sont définies en fonction du niveau de label qui leur a été décerné :
- informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux (niveau 1)
 - les missions précédentes auxquelles on rajoute la mission d'évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention (niveau 2)
 - les missions des niveaux précédents complétées par la mission d'élaborer un plan d'aide, accompagner, assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner (niveau 3).
- [366] Leur gestion est en général assurée par des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS gérés par les communes) par des associations locales mais ils font l'objet d'un financement, assuré principalement par les conseils généraux. L'Etat au travers du FMAD (Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile), la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole, les mairies et intercommunalités (CCAS), la Mutualité Française, peuvent également contribuer au fonctionnement du CLIC. Enfin les promoteurs et gestionnaires s'engagent à participer financièrement aux structures qu'ils développent.
- [367] Ainsi, en Pays de la Loire en 2008, selon une enquête de la conférence régionale de santé, un peu plus de la moitié du budget des 41 CLIC ayant répondu au questionnaire provient des Conseils généraux, un quart des communes, les autres financements provenant de l'ARS⁵⁶ pour le compte de l'assurance maladie (8 %), de la CRAM au titre de l'assurance retraite (6 %) et de la MSA.
- [368] Du fait de leur décentralisation au 1^{er} janvier 2005, il n'y a pas de statistiques nationales sur les CLIC et tout particulièrement sur les masses financières qu'ils mobilisent. Toutefois, il semble que dans la période récente, le nombre de CLIC soit en baisse.
- [369] En l'absence de données nationales, la mission n'a pu approcher les moyens budgétaires de certains CLIC que grâce à quelques données recueillies par la mission.

Tableau 4 : Répartition des CLIC en Pays de la Loire selon leur budget de fonctionnement

Budget de fonctionnement	% de CLIC concernés
Moins de 70 000€	24 %
70 000-120 000 €	40 %
120 000-200 000€	29 %
200 000€et plus	7 %

Source : ARS pays de la Loire

⁵⁶ Les subventions de l'ARS concernent essentiellement des CLIC dépendant d'établissements de santé.

[370] Elle a pu également disposer des budgets de certains CLIC.

CLIC Coord'age (Challans)

[371] Budgets (rapport d'activité) ;

[372] 2011 : 170 721 € dont charges de personnel 130 632 €

[373] 2012 : 197 167 € dont charges de personnel 190 459 €

[374] 2013 (prévisionnel) : 184 529 € dont charges de personnel 180 877 €

[375] Population couverte 60 000 personnes dont 17 000 plus de 60 ans et 6 000 plus de 75 ans. File active de 1 019 personnes en 2012. Coût moyen de 97 € par « personne accompagnée » (de la simple information au dossier complexe).

CLIC Pays Mer et VIE

[376] 2012 : 147 000 € dont charges de personnel 112 000 € Population couverte 44 000 habitants, dont 15 700 plus de 60 ans, file active de 790 « personnes aidées ». Coût moyen 186 €

1.1.4 L'expérimentation PAERPA

[377] Le dispositif PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en s'attaquant aux difficultés ou ruptures pouvant se produire au cours de leur prise en charge. Cette démarche qui vise à repérer les situations de risque de perte d'autonomie, à limiter le recours à l'hospitalisation et à préparer efficacement le retour à domicile repose sur l'amélioration de la coordination entre les acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées en ville, à l'hôpital ou dans le médico-social.

[378] Il est expérimenté, en application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale, par neuf ARS depuis septembre 2013, sur la base d'un cahier des charges national. Les neuf territoires retenus sont les 9^e, 10^e et 19^e arrondissements de Paris, le Grand Nancy, le territoire du Lochois, le département des Hautes-Pyrénées, le département de la Mayenne, Bordeaux, le Valenciennois-Quercitain, la Corrèze, le nord de la Nièvre.

[379] Dans le cadre de l'expérimentation, la transmission d'informations est simplifiée par le décret en Conseil d'Etat du 2 décembre 2013, qui instaure un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne avec son consentement exprès, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour améliorer la prise en charge.

[380] Les crédits dégagés le sont pour les dépenses nouvelles liées à ce projet et viennent abonder le Fonds d'intervention régionale (FIR). Par exception, ces crédits ne sont pas fongibles au sein du FIR.

[381] Ce financement doit être subsidiaire : le principe des projets pilotes est de s'appuyer sur les financements existants afférents aux différents dispositifs de politique publique relatifs au parcours de santé des personnes âgées (OGDPC, ANAP, ASIP, télémédecine, réseaux, MAIA, nouveaux modes de rémunération, équipes mobiles gériatriques, etc.) ainsi que sur les prestations qui les concernent (prise en charge hospitalière et médico-sociale -SSIAD, EHPAD, SAAD-, ainsi qu'autres prestations financées par les conseils généraux via l'APA ou les caisses de retraite).

Tableau 5 : Budget annuel de l'ensemble des PAERPA

Fonds	Dépenses annuelles en montant	%
FIR PAERPA	3 886 917 €	87 %
ASIP	53 497 €	1 %
OGDPC	291 723 €	7 %
ARS	72 500 €	2 %
FICQS	62 500 €	1 %
ANAP	91 000 €	2 %
Total	4 458 137 €	100 %

Source : DSS

[382] Par ailleurs, dans le cadre de PAERPA et outre la coordination d'appui financée ci-dessus, la coordination clinique de proximité, composée de professionnels de santé, est également rémunérée pour l'établissement des plans personnalisés de santé.

Tableau 6 : coût annuel des rémunérations des professionnels de santé dans le cadre des projets PAERPA

Médecin généraliste	278 250 €
Infirmier diplômé d'Etat	166 950 €
Pharmacien	111 300 €
Total (un an)	556 500 €

Source : DSS

1.2 L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)⁵⁷

[383] Il s'agit d'une nouvelle alternative au paiement à l'acte expérimentée à partir de 2009 dans 147 maisons et pôles de santé répartis sur 6 régions et élargie en 2014 (150 nouveaux sites). Elle vise à encourager l'émergence de nouvelles pratiques au sein des structures d'exercice regroupé ayant formalisé un projet de santé, à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à développer des services innovants pour les patients⁵⁸.

[384] Le module 1 *Missions coordonnées* (dit NMR 1) consiste dans le versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels.

⁵⁷ La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 prévoyait la possibilité de mettre en place des ENMR dans les maisons et centres de santé à compter du 1er janvier 2008 et jusqu'au 1er janvier 2012. La LFSS pour 2012 avait prolongé cette expérimentation jusqu'au 1er janvier 2014 et envisagé qu'à compter de cette date, la voie conventionnelle permette la rémunération de l'exercice pluri professionnel sur la base des résultats de l'évaluation des ENMR. Dans l'attente d'un accord conventionnel, la LFSS pour 2014 a prolongé l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2014.

⁵⁸ Fin 2013, selon les données de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), on comptait environ 370 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), regroupant environ 1 300 médecins généralistes, 1 500 infirmiers, 600 masseurs-kinésithérapeutes, 200 autres médecins, 200 dentistes et 600 autres professionnels de santé

- [385] Le module 2 *Nouveaux services aux patients* (dit NMR 2) vise à expérimenter des rémunérations forfaitaires pour des prises en charge innovantes en médecine de ville, notamment à destination des patients complexes et atteints de pathologies chroniques. Il comporte deux volets : le premier consiste à rémunérer des séances d'éducation thérapeutique du patient ; le second met à disposition d'un trio de professionnels de santé un budget spécifique d'intervention pour prendre en charge de patients complexes.
- [386] Le module 3 *Coopération entre professionnels de santé* (dit NMR 3) a pour objet d'expérimenter des modalités de financement des coopérations entre professionnels de santé, c'est-à-dire des délégations d'actes ou d'activités entre médecins et auxiliaires médicaux, dans le cadre de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Le protocole de coopération médecins/infirmiers élaboré par l'association ASALEE est le premier à être financé dans le cadre du module 3.
- [387] Une négociation conventionnelle interprofessionnelle entre l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé a été lancée au 1^{er} semestre 2014 en vue de l'extension de la rémunération forfaitaire d'équipe et la pérennisation de son financement. Cette négociation avait, à la date du rapport, échoué.
- [388] Selon l'évaluation de l'IRDES, la somme versée par projet aurait été en moyenne de 50 000 euros annuels.
- [389] Pour plus de précisions, la mission de l'IGAS a examiné les charges réelles 2013 de la maison de santé « Groupement des professionnels de santé du Pays Beaunois (GPSPB) » dont le territoire comprend 90 000 habitants.

Charges 2013 du « groupement des professionnels de santé du Pays Beaunois »

Frais de fonctionnement de la structure :

- Charges de personnel 128 400 €
- Autres charges 62 437 €

Frais de fonctionnement de la coordination ;

- Charges de personnel 238 200 €
- Autres charges 18 629 €

Education Thérapeutique du Patient (ETP)

- Charges de personnel 22 786 €
- Autres charges 3 460 €

Le GPSPB évalue le coût de la coordination (y compris l'ETP mais hors coûts de structure) à 635 € par patient pris en charge et par an.

1.3 La rémunération individuelle des professionnels de santé au titre de la coordination des soins

1.3.1 La rémunération des professionnels de santé exerçant des tâches de coordination

- [390] La coordination autour de la prise en charge complexe d'un patient en raison de son âge ou/et d'une maladie chronique a connu plusieurs formes d'incitations financières (par acte, par patient, par structure d'exercice collectif etc.) au profit des professionnels de santé depuis une quinzaine d'années.
- [391] La première initiative a été la création, par la convention des médecins généralistes de 1997, d'une rémunération spécifique pour les médecins qui s'engageaient à remplir un rôle de référent.

[392] Le rôle du médecin traitant dans les parcours de soins a ensuite été valorisé par la convention de 2005 qui a prévu une rémunération forfaitaire complémentaire de 40 € par patient en affection de longue durée (ALD, cf. encadré *infra*) et l'avenant n° 8 de la convention de 2011 a ensuite créé un forfait médecin traitant pour les patients hors ALD (de 5 € par patient).

[393] L'avenant n°9 de cette même convention a élargi la rémunération forfaitaire spécifique ALD (cf. *infra*) aux patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais se trouvent dans une situation clinique nécessitant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi.

Le dispositif des Affections de longue Durée (ALD)

[394] Historiquement, la reconnaissance du coût supplémentaire entraîné par la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques s'est manifestée par la création d'une rémunération complémentaire du médecin traitant pour ses patients en ALD, c'est à dire souffrant d'une ou plusieurs affections présentant un caractère grave et/ou chronique qui nécessitent des soins réguliers s'étalant sur une durée de 6 mois minimum.

[395] La liste et les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement de ces ALD ont été actualisés par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 (Journal officiel du 21 janvier 2011) qui précise également la durée d'exonération pour chacune de ces pathologies.

[396] Selon la CNAMTS, au 31 décembre 2012, 9,5 millions de personnes du régime général bénéficiaient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), soit moins d'une personne sur six. Le rythme d'augmentation du nombre de ces patients est de 3,9 % par an depuis 2005. La population en ALD pourrait atteindre 11 millions en 2016, selon l'IGAS.

[397] Les soins au titre de l'ALD sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

[398] Comme évoqué *supra*, la convention de 2005 a prévu, pour la première fois⁵⁹, une rémunération forfaitaire complémentaire des médecins libéraux par patient suivi en ALD. Cette rémunération intègre notamment, au titre de la coordination et du suivi, la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant. Comme on l'a aussi vu, la convention de 2011 et ses avenants ont ensuite étendu le système des forfaits.

[399] L'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes précise dans son annexe XIII « rémunération du médecin traitant pour le suivi de certains patients » :

[400] « Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant bénéficie en effet d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

[401] Le montant de cette rémunération spécifique est de 40 € par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

[402] Le médecin traitant bénéficie de la même rémunération spécifique pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L. 322-3 (10°) du code de la sécurité sociale. Cette rémunération est versée une fois par an.

⁵⁹ Les ALD existent depuis 1945.

- [403] *A compter du 1er juillet 2013, le médecin traitant reçoit une rémunération spécifique (forfait médecin traitant) pour le suivi de ses patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur conformément aux dispositions de l'article 12.4.5. Le montant de cette rémunération spécifique forfaitaire annuelle (FMT) par patient est de 5 euros ».*

1.3.2 La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ou « paiement à la performance » mise en place le 1er janvier 2012.

- [404] La convention médicale de septembre 2011 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 prévoit une rémunération à la performance reposant sur le suivi d'indicateurs portant sur deux volets, d'une part l'organisation du cabinet et la qualité du service et, d'autre part, l'amélioration de la qualité de la pratique (objectifs de santé publique). Des programmes similaires existent dans les pays anglo-saxons (Quality of Frameworks, QoF depuis 2004 en Grande Bretagne).
- [405] Les objectifs cibles sont définis sur la base de trois critères : les écarts entre les recommandations des autorités sanitaires et la pratique collective, l'observation de la situation dans les autres pays et celle de l'hétérogénéité entre praticiens. Les indicateurs pourront être révisés, en fonction de l'évolution des données acquises de la science tandis que des indicateurs complémentaires pourront être intégrés afin d'enrichir le dispositif.
- [406] Selon le rapport de la CNAMTS d'avril 2014 « *la rémunération sur objectifs de sante publique, deux ans après* », cette initiative qui avait été diversement appréciée des médecins libéraux à l'origine, semblerait désormais emporter d'avantage de convictions : « *un contexte d'opinion qui évolue positivement sur le sujet, avec :*
- *d'une part, une adhésion de la population générale et des médecins au principe de la ROSP qui croît significativement sur la période 2008-2013 ;*
 - *d'autre part, une reconnaissance croissante de sa capacité à faire évoluer les pratiques ».*
- [407] La rémunération au forfait et à la performance représentait en moyenne 12,3 % des revenus des médecins généralistes en 2013.

- [408] En 2013, pour sa deuxième année d'application, le coût de la ROSP était de 341 M€ La prime était en moyenne de 4 752 euros par professionnel de santé en 2013. Selon la CNAMTS, elle devrait se situer entre 4 700 et 5 000 euros en 2014.

1.3.3 La CNAMTS a, de son côté, développé ses propres programmes

- [409] Le programme SOPHIA pour l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques a d'abord été expérimenté pour le diabète, puis l'asthme et concernera bientôt les pathologies cardio-vasculaires.
- [410] La CNAMTS a parallèlement mis en œuvre des « programmes d'accompagnement du retour à domicile » (PRADO) après hospitalisation pour organiser l'accompagnement à domicile afin que les patients ne restent pas à l'hôpital faute de pouvoir rentrer chez eux. Un conseiller de l'assurance maladie propose au patient un suivi à domicile comprenant une mise en relation avec des professionnels libéraux de son choix et une aide à la vie quotidienne.
- [411] Trois « versions » ont été déjà été déployées : le PRADO maternité, le PRADO orthopédie, le PRADO insuffisance cardiaque. En 2014, deux nouveaux PRADO devaient être expérimentés, pour les malades souffrant d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et pour les patients souffrant de plaies chroniques (ulcères, escarres).

- [412] Ces multiples formes de rémunération, qui peuvent se cumuler, sont une source de complexité pour les professionnels de santé. Le rapport de la Cour des Comptes de juin 2014, « *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé* » cite l'exemple d'un médecin généraliste soignant un patient diabétique âgé :
- [413] « *Un médecin traitant généraliste pourra cumuler, pour un patient diabétique de plus de 80 ans, sa rémunération à l'acte, une majoration forfaitaire de 5 € à chaque consultation, la rémunération à la performance correspondant aux huit indicateurs de suivi du diabète, la rémunération forfaitaire de 40 € annuels pour le suivi des patients en ALD, et la rémunération annuelle de 23 € si le patient est intégré dans le programme Sophia.* »
- [414] « *À cela s'ajoute la multiplication récente des expérimentations menées d'une part par l'État, d'autre part par l'assurance maladie, circonscrites à certains territoires, certaines pathologies, certains acteurs, et qui ne sont pas toutes ordonnées autour du médecin traitant.*
- [415] *Le parcours de soins s'apparente dès lors à un maquis tarifaire, sur lequel le patient reste peu informé et ignore le plus souvent qu'une partie grandissante des rémunérations des professionnels libéraux est directement servie par les caisses d'assurance maladie, sous la forme de rémunérations forfaitaires, de rémunérations à la performance et de prise en charge de cotisations sociales. Les préoccupations des partenaires conventionnels, la recherche de compromis et le traitement des revendications tarifaires catégorielles semblent ainsi primer sur la lisibilité du parcours de soins coordonnés, l'efficacité de la prise en charge globale et l'efficience de son contenu ».*

2 LE FINANCEMENT DES COORDINATIONS EST COMPLEXE ET FRAGILE

- [416] Depuis deux décennies, les directions d'administration centrale du ministère de la santé et des affaires sociales (DSS, DGOS, DGCS) et les caisses nationales dans le même champ (CNSA et assurance maladie) prennent des initiatives parallèles et conduisent des « expérimentations » non coordonnées, voire concurrentes, sur tout le territoire ou seulement dans certaines régions, pour des publics particuliers. Ce n'est pas le moindre des paradoxes s'agissant de mesures visant à renforcer la collaboration des acteurs de terrain. Chaque dispositif a ses propres sources et critères de financement que les coordinations complètent le plus souvent avec d'autres ressources.
- [417] La coordination, des soins ou au-delà, bénéficie à la fois de financements individuels des professionnels de santé à l'acte ou au forfait, de financements collectifs des professionnels de santé (nouveaux modes de rémunération et autres formes d'exercice regroupé en maisons de santé), et de dotations budgétaires à certaines structures de coordination (réseaux de santé, MAIA, PAERPA etc.).
- [418] La coordination sociale et médico-sociale est financée par des dotations budgétaires à des structures (ONDAM médico-social, CNSA, collectivités locales, mécénat etc.).
- [419] Au total, les actions de coordination sont financées par l'Etat, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, ou d'autres financeurs.
- [420] Il en résulte des modes de financement multiples, complexes à mobiliser par les professionnels et qui se traduisent pour certains par des effets d'aubaine, pour d'autres par des insuffisances budgétaires, sans relation évidente avec la performance des coordinations.

2.1 Des financements obtenus le plus souvent dans le cadre d'expérimentations

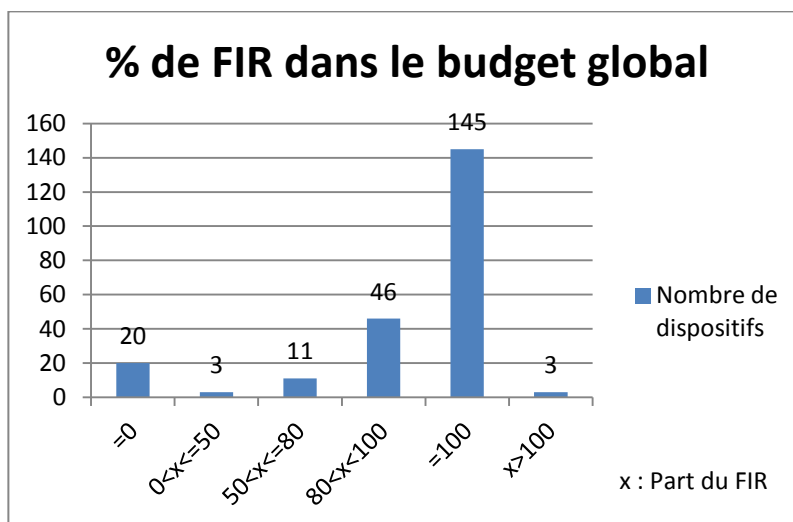
[421] Dans son rapport de juin 2014, « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé » la Cour des comptes *note que* « la multiplication des expériences débouche sur une grande complexité et un extrême éclatement des actions et des procédures afférentes. Les expériences menées ne reposent en outre pas sur la même conception : les ENMR cherchent à structurer le travail en équipe, les PRADO visent plutôt à organiser le parcours du patient, sans nécessairement faire du médecin traitant le pivot de ce parcours ».

[422] Du FAQSV au FIR en passant par le FIQS, les expérimentations ont été financées sur une base provisoire qui n'encouragent ni l'investissement financier, ni l'investissement humain.

2.2 Des financements complexes malgré la rationalisation issue de la création du FIR

[423] La simplification opérée par le fonds d'intervention régional (FIR) consiste à n'avoir qu'un seul ordonnateur, l'agence régionale de santé, pour un même projet et malgré des financeurs différents (par exemple Etat, assurance maladie et CNSA).

[424] Les réseaux, les MAIA et les nouveaux PAERPA sont principalement financés via le FIR. Pour un budget annuel global moyen de 323 671 €, le montant de la dotation moyenne du FIR est de 313 323 € 61 % des dispositifs sont entièrement financés par le FIR, 19 % d'entre eux sont financés par le FIR à hauteur d'au moins 80 %.



Source : Mission – réponses au questionnaire adressé aux ARS

[425] La complexité peut-être aussi grande pour les structures qui cumulent plusieurs sources de financement. Une même structure doit généralement recourir à plusieurs sources de financement. Cette complexité est aggravée par la sédimentation historique des dispositifs. On retient le cas (extrême ?) d'un réseau gérontologique portant un CLIC, une MAIA et un PAERPA en Pays de la Loire. Pour les gestionnaires, c'est un « mécano financier annuel ». Pour les financeurs, on peut légitimement se poser la question de qui paye quoi et pour quoi.

2.3 Le difficile chiffrage du coût des coordinations et des économies en résultant

[426] Il est très difficile d'approcher le coût des coordinations existantes en raison de l'hétérogénéité des financements qui ne sont pas tous consolidés nationalement, notamment les contributions des collectivités locales. La plupart des modes de financement se fondent sur la capacité de contribution des financeurs plutôt que sur les besoins réels des territoires.

- [427] Sur la base des éléments disponibles, on observe pour l'heure une très grande variété de situations qui est encore renforcée quand on rapproche ces coûts de la population du territoire et, plus encore, du nombre de patient pris en charge (liste active). Ces différences n'apparaissent pas toujours justifiées, même en tenant compte des particularités des territoires et des publics ou des pathologies concernées.
- [428] Le retour sur investissement est hypothétique : toutes les initiatives en faveur de la coordination des soins et des besoins sociaux et médico-sociaux ambitionnent d'améliorer la qualité de la prise en charge des bénéficiaires et de permettre des économies *globales* pour les financeurs. Ce deuxième postulat est sans doute le plus difficile à démontrer.
- [429] S'il est en effet tout à fait possible d'identifier des gains de productivité sur un processus ou un centre de coûts local précis⁶⁰, il est beaucoup plus difficile d'intégrer toutes les conséquences de ces dispositifs à l'échelle nationale, d'autant plus que, pragmatiquement, l'allongement de l'espérance de vie des personnes âgées ou des malades chroniques qui pourrait résulter de cette meilleure prise en charge prolonge aussi les coûts de l'assurance maladie. Les malades en ALD représentent désormais les 2/3 des soins de ville.
- [430] Les études sur des dispositifs américains Medicare et Medicaid ne sont pas concluantes, notamment le rapport « Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly PACE » de juillet 1998, par la société Abt Associates Inc. pour le Health Care Financing Administration. Ce document précise que « si des améliorations pour les patients sont bien établies, ce programme n'a pas démontré d'économies significatives. Celles-ci ne peuvent se réaliser que lorsque/si les économies réalisées en milieu hospitalier (urgences évitées, diminution de la durée de séjour etc.), en ambulatoire et à domicile excèdent les coûts de la coordination ».
- [431] Par ailleurs, le repérage de patients jusqu'alors non pris en charge, une meilleure prévention sanitaire comme la détection d'autres problèmes de santé ou de risques médico-sociaux par des évaluations pluridisciplinaires de qualité sont susceptibles, au moins dans un premier temps, d'entraîner des coûts supplémentaires plutôt que de dégager des économies.
- [432] Enfin, plusieurs études soulignent que, dans un premier temps, les coordinations entraînent des surcoûts (investissements informatiques, rodage des équipes et des process etc.) avant de permettre des économies.

⁶⁰ Les premières évaluations du nouveau « dossier médical », le Summary Care Record (SCR), conduites par le National Health Service (NHS) britannique montrent que des économies significatives de 12 € par examen de dossier pharmaceutique à l'hôpital sont réalisées grâce à l'utilisation de ce nouvel outil. "Improved Efficiency – the findings;" Data from Hospital Pharmacies show an average of 30 minutes of time saved establishing the patient's drug history - saving £9.26 per case."Source; Anna Lay, Benefits & Utilisation Lead - Summary Care Record (SCR) Programme, Health and Social Care Information Centre, NHS.

ANNEXE 3 : LES SYSTEMES D'INFORMATION DES COORDINATIONS D'APPUI

1. EN DEPIT D'INVESTISSEMENTS CONSIDERABLES, LES OUTILS PROPOSES PAR LE MINISTERE DE LA SANTE N'ONT PAS ENCORE CONVAINCU LES PROFESSIONNELS DES COORDINATIONS.	97
1.1 LE DOSSIER MEDICAL	98
1.1.1 Le Dossier Médical Partagé (DMP).....	98
1.1.2 Le dossier pharmaceutique (DP).....	102
1.1.3 Autres outils de partage d'informations.....	102
1.2 LA MESSAGERIE SECURISEE	103
1.3 LES REPERTOIRES PARTAGES	105
1.3.1 Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)	105
1.3.2 VIA TRAJECTOIRE®.....	110
2. LA PERSISTANCE DES OUTILS ET METHODES D'ECHANGE D'INFORMATION « PAPIER ».....	111
3. COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	111

- [433] Les autorités sanitaires françaises ont fait le choix de développer des systèmes d'information (SI) nationaux centrés autour des besoins de l'hôpital, des administrations centrales et de l'assurance maladie. Ces outils font maintenant l'objet d'extensions devant permettre leur utilisation pour la coordination territoriale médicale, sociale et médico-sociale, ce qui n'était pas leur vocation d'origine.
- [434] Le développement de ces outils s'est fait de manière cloisonnée jusqu'à la création de l'ASIP Santé qui a choisi de privilégier leur inter-opérationnalité et leur ouverture à d'autres outils électroniques homologués.
- [435] Ces outils d'origine nationale ont été expérimentés sur des territoires différents et n'ont pas encore été véritablement généralisés à tout le territoire, avec pour conséquence des situations très hétérogènes, certaines régions disposant de plusieurs solutions de messagerie sécurisée ou de dossier partagé nationales, d'autres en étant dépourvues et multipliant des outils locaux incompatibles avec les systèmes du ministère de la santé.
- [436] Ces outils publics sont en rivalité avec de nombreuses solutions informatiques commerciales intégrées maintenant disponibles (répertoire, messagerie, Flow-Chart, bases de données médicales, fonctionnalités bureautiques etc.). La préférence des professionnels de terrain va très majoritairement à ces outils métier conçus pour leurs utilisateurs, simples et conviviaux, ainsi qu'aux outils « grand public » (internet, applications mobiles etc.) bien qu'ils ne soient pas sécurisés.
- [437] La principale exception à ce bilan décevant au regard des prévisions et des sommes investies est le dossier pharmaceutique (DP), qui a été conçu avec des utilisateurs et connaît donc un taux d'utilisation élevé.
- [438] Les principaux enjeux stratégiques d'un système d'information cohérent pour les coordinations sont :
- Le partage d'informations opérationnel pour les professionnels de la coordination d'appui
 - La gestion des parcours individuels
 - L'accès à l'information des usagers/patients
 - Le « reporting » pour les financeurs
- [439] Pour y parvenir, elles disposent de plusieurs solutions ; de nombreux « logiciels métier » privés disponibles dans le commerce, les systèmes d'information hospitaliers, les systèmes d'information nationaux ou régionaux de type Dossier Médical Partagé (DMP), Dossier Pharmaceutique (DP), les répertoires Via Trajectoire, ROR, les télé-services de l'Assurance Maladie etc.
- [440] Pour autant les échanges d'information au sein des coordinations et la transmission d'information aux partenaires et financeurs des coordinations demeurent très insatisfaisants en France. Nonobstant la richesse de l'offre de logiciels maintenant disponible sur tout le territoire, une proportion non négligeable de coordinations continue de recourir à des supports et des procédures « papier », ce qui souligne la nécessité d'un appui technique et d'incitations au passage à l'ère électronique, une réalité dont tiennent compte les politiques anglo-saxonnes de « Meaningful use ».

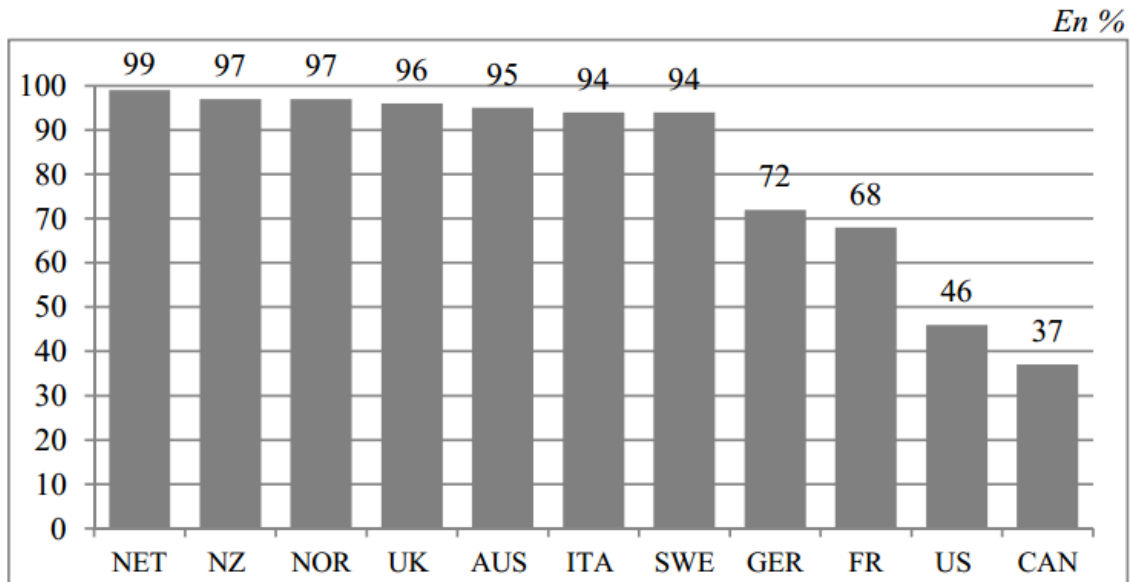
1 EN DÉPIT D'INVESTISSEMENTS CONSIDÉRABLES, LES OUTILS PROPOSÉS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ N'ONT PAS ENCORE CONVAINCU LES PROFESSIONNELS DES COORDINATIONS.

- [441] Il revient aux ARS de coordonner les projets de système d'information (SI) non compatibles en raison du cloisonnement de l'administration centrale et de ses opérateurs (CNAM/DGOS-DSS/CNSA) en dépit de la création de l'ASIP Santé. Les utilisateurs adoptent majoritairement les outils privés et grand public pendant que les grands chantiers ministériels (DMP, messagerie sécurisée, ROR etc.) avancent lentement en raison de leurs grandes ambitions de départ et des problèmes de gouvernance. Ces systèmes d'information sont mal adaptés aux parcours pour lesquels ils ne sont pas conçus : les épisodes de soins sont connus mais difficiles à chainer, un très haut niveau de technicité et de compétence est requis pour y accéder et les analyser.
- [442] La position adoptée pour les MAIA est prudente. En effet selon le cahier des charges national des dispositifs d'intégration des MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des maladies d'Alzheimer approuvé par le décret n° 2011-1210 du 29 SEPTEMBRE 2011), « *des informations caractérisant la population, les parcours et le service rendu, agrégées et anonymisées sont recueillies. Elles proviennent à la fois du guichet intégré et du travail des gestionnaires de cas.*
- [443] *Le système d'information permet la circulation optimale de l'information. La tâche des gestionnaires de cas sera facilitée par l'existence d'un système sécurisé permettant l'échange d'informations avec les professionnels concernés. Le recueil de ces informations est réalisé avec le consentement de la personne.*
- [444] *Ces informations sont traitées en tables de concertation tactique et stratégique afin de permettre la planification, l'évaluation, la régulation et la mise en œuvre d'un système de soins et d'aides en rapport avec les besoins de la population.*
- [445] *En l'absence d'un système d'information national, il paraît important que les MAIA ne développent pas des outils qui ne répondraient pas aux besoins exprimés ici. La réflexion sur le contenu et l'architecture de ce système d'information et sa relation au dossier médical personnel sont en cours au niveau national ».*
- [446] Il en est de même pour les systèmes d'information PAERPA, le projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA de 2013 indique : « *afin d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge de la personne âgée tout au long du parcours de santé, les différents acteurs des trois secteurs échangent et, si possible, partagent des informations pertinentes et claires, en utilisant un système d'informations efficace et sécurisé. Ces échanges se font dans le respect de la confidentialité de la relation entre le professionnel de santé et son patient ».*
- [447] Les outils informatiques a minima nécessaires aux parcours coordonnés sont un outil commun aux professionnels relatif à la situation du patient, un répertoire complet et à jour des ressources locales disponibles pour la coordination d'appui et une messagerie sécurisée pour échanger les informations. En outre, de multiples outils, tels que ceux qui permettent les prises et suivi des rendez-vous, messages d'alerte, alertes etc. facilitent la gestion des parcours.

1.1 Le dossier médical

- [448] La France ne fait pas partie des pays les plus utilisateurs de dossiers médicaux électroniques, comme l'indique la Cour des Comptes, dans son rapport de juin 2014⁶¹.

Graphique 5 : Proportion de médecins utilisant en 2009 des dossiers médicaux électroniques



Source : 2009 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians et pour la CNAMTS « La convention médecins-assurance maladie : un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins ».

- [449] Beaucoup, notamment chez les anglo-saxons, considèrent qu'il n'y a pas de véritable coordination des soins tant qu'il n'y a pas usage régulier d'un dossier médical électronique partagé (Electronic Health Record – EHR) par les membres de la coordination. Une étude américaine du Commonwealth Fund⁶² démontre les améliorations concrètes permises par cet outil.

1.1.1 Le Dossier Médical Partagé (DMP)

- [450] C'est un dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Il contient les informations médicales essentielles : les antécédents (maladies, opérations...), les allergies éventuelles, les médicaments prescrits, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, les résultats d'examen (radios, analyses biologiques...).
- [451] Il est toujours accessible et sécurisé. Seuls le patient et les professionnels de santé qu'il a autorisés (médecin, infirmier, pharmacien...) peuvent le consulter. Le patient doit disposer d'une carte Vitale et d'un identifiant national de santé (INS), fourni à la création du dossier. Le médecin, ou les autres personnels soignants, doivent disposer d'une carte de professionnel de santé et de l'INS du patient.
- [452] Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins.

⁶¹ « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé »

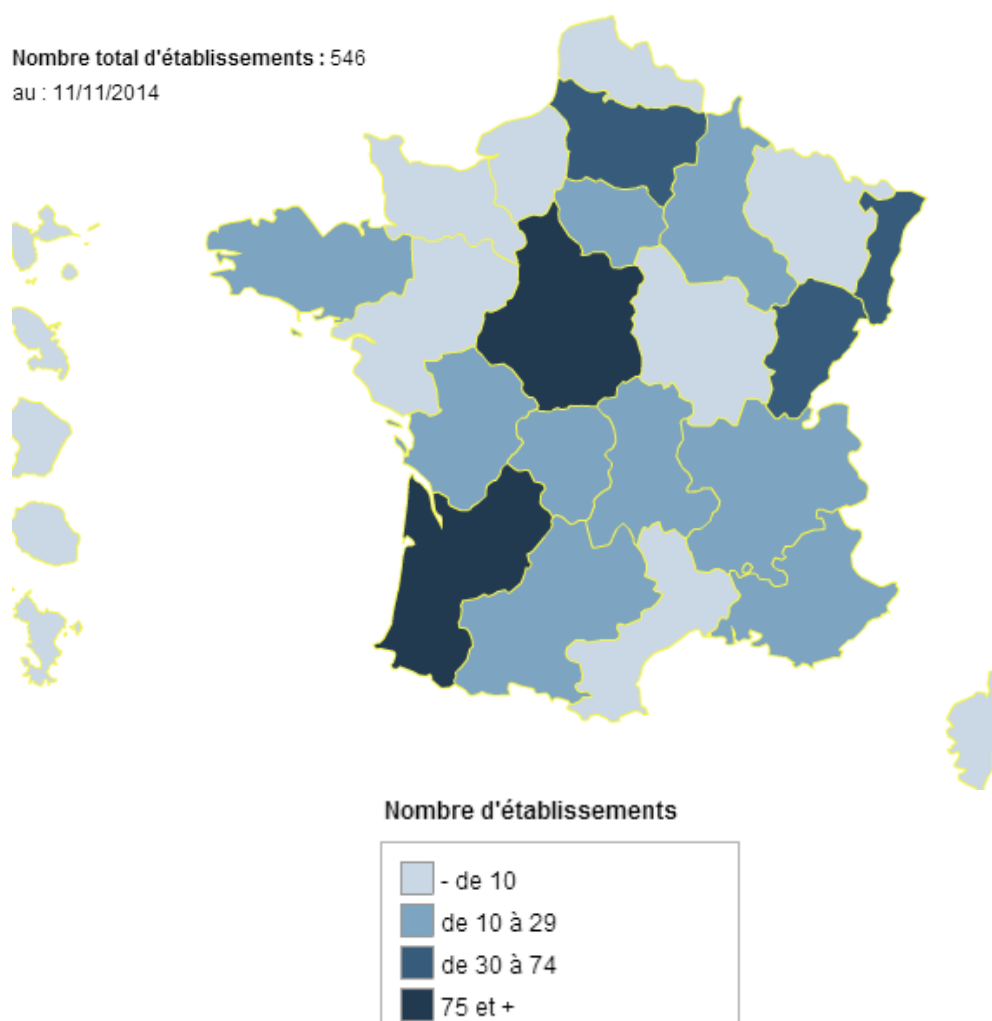
⁶² Ann S. O'Malley, Joy M. Grossman, Hoangmai H. Pham, "Are Electronic Medical Records helpful for care coordination?", 2014.

- [453] Annoncé en mai 2004 par le ministre de la Santé, le projet de DMP (Dossier médical partagé) devait, trois ans plus tard, être généralisé à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie en juillet 2007. Des économies de près de 4 milliards d'euros devaient en résulter.
- [454] Le DMP a été créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie mais il a fallu sept années pour en voir l'émergence. Ce projet de système d'information centralisé et sophistiqué (90 M€ de coûts de conception, un record) a pu être qualifié de « cathédrale technologique ». Il a connu des difficultés de gouvernance et de multiples problèmes techniques⁶³ avant une « mission de relance du DMP » en 2008 qui a débouché sur une « feuille de route » et sur la création de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), chargée de sa mise en œuvre, en mai 2009.
- [455] Un marché « relatif à l'hébergement du DMP et aux services de confiance intégrés » a été notifié le 10 mars 2010 au groupement SANTEOS/ATOS/EXTELIA/LA Poste. Le DMP 1 est devenu enfin opérationnel en janvier 2011, année pendant laquelle il a été testé dans quatre régions : Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie.
- [456] L'interopérabilité des logiciels métiers et du DMP était indispensable à son adoption par les professionnels libéraux. Des travaux concertés avec les opérateurs et éditeurs de logiciels⁶⁴ ont abouti à un cadre d'interopérabilité quasi définitif publié le 14 septembre 2010.
- [457] Néanmoins, le DMP ne se déploie que très progressivement. L'Ile de France est encore peu impliquée, 477 108 DMP seulement ont été créés (moins de 1 % de l'objectif) et seuls 546 établissements de santé en sont utilisateurs au 11 novembre 2014.

⁶³ cf. rapport IGF/IGAS/CGTI de novembre 2007 relatif au dossier médical personnel (DMP) qui estimait notamment que le dispositif s'était vu, d'emblée, doté d'objectifs irréalistes, aussi bien dans le calendrier imposé, le coût du projet que dans le modèle économique choisi, modèle dont le potentiel d'économies attendu pour l'assurance maladie ne s'est pas vérifié. La mission observait par ailleurs que le projet DMP souffrait d'une perte de crédibilité et de lisibilité et présentait d'importantes zones de risques et d'incertitudes. Sur la base de ce constat, la mission présentait une série de recommandations pour « sauvegarder les acquis, restaurer la confiance et relancer le projet de DMP ».

⁶⁴ L'INS-C, Cegedim, Santeos, Imagine Edition (HelloDoc), RMI, etc. Au 16 juillet 2014, 178 logiciels de système d'information hospitalier et de gestion de cabinet étaient homologués « DMP compatibles ».

Graphique 6 : Carte de déploiement du DMP



Source : ASIP

- [458] Au 31 décembre 2013, le coût direct du projet DMP s'élevait à 187 M€ selon l'ASIP (90 M€ au titre de la phase initiale (2005-2009) pilotée par le GIP DMP et 97 M€ au titre de la phase de construction et d'amorçage (2010-2013) pilotée par l'ASIP Santé. La Cour des Comptes comptabilisait 44 M€ supplémentaires dans son évaluation pour le Parlement et considérait que les coûts cachés étaient aussi importants que les dépenses connues. Environ 500 M€ auraient donc été investis depuis 2004, essentiellement par l'assurance maladie, soit un coût moyen de 1 300 € par dossier, dix fois plus que prévu.
- [459] Précisons que seulement la moitié des dossiers ouverts est alimentée. Le contenu des DMP est en majorité « pauvre » (moyenne de 5,2 documents). 40 % des DMP ont été créés en ville (essentiellement par des médecins libéraux) et 60 % dans les établissements de soins.

- [460] Les constats de la mission interministérielle de 2007 demeurent d'actualité, notamment le faible intérêt de la part des professionnels libéraux. C'est une tâche supplémentaire non rémunérée (un quart d'heure en moyenne pour créer le document selon les syndicats de médecins), dont l'utilité directe pour le généraliste en exercice individuel est jugée peu manifeste en raison de ses contraintes techniques, de ses fonctionnalités et de son organisation, selon les déclarations syndicales comme selon les opinions exprimées à la mission de l'IGAS en région. Ces professionnels préfèrent leurs logiciels métiers⁶⁵, qui intègrent souvent tous les outils nécessaires à la coordination des soins (répertoire, messagerie, flow-chart), sont beaucoup plus conviviaux (« user friendly ») et répondent à leurs besoins. Même si l'argument est moins ouvertement invoqué, ils sont aussi réticents à utiliser des systèmes d'information ouverts à l'assurance maladie. Le transfert annoncé du DMP2 à la CNAM n'est, de ce point de vue, pas susceptible de les convaincre de d'avantage d'utiliser cet outil.
- [461] Il y a logiquement plus d'intérêt de la part des EPS (notamment les services d'urgence), de l'assurance maladie et des mutuelles.
- [462] La relance du DMP2 est prévue dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS), le ministre de la santé a annoncé le transfert prochain de la maîtrise d'œuvre de l'ASIP à la CNAM.
- [463] Toutefois, les ambitions sont revues à la baisse, le DMP devient le support de coordination *recommandé* par les pouvoirs publics. C'est une option pragmatique qui ambitionne de sauver ce qui peut l'être du projet sans bloquer d'autres initiatives. Par ailleurs, dans le cadre des coordinations sanitaires, sociales et médico-sociales, le DMP s'ouvre aux professionnels non sanitaires autorisés par l'ARS.
- [464] C'est ainsi que le cahier des charges PAERPA précise :
- [465] « 4.1.2.3. *L'utilisation du DMP, pour mieux partager les informations, en particulier les documents de synthèse.*
- [466] *Afin d'éviter de refaire des examens déjà faits, de reposer des questions sur l'état de santé de la personne ou de chercher à joindre des interlocuteurs qui ne sont pas disponibles, les professionnels de santé peuvent utiliser, si la personne âgée a donné son accord, l'outil de partage de données de santé qui est légal et opérationnel sur le territoire : le DMP (dossier médical personnel), accessible par tout professionnel de santé détenteur d'une carte de professionnel de santé (carte CPS), soit directement si le logiciel métier est compatible avec le DMP, soit par internet.*
- [467] *Le DMP permet aux professionnels de santé de :*
- *stocker les documents de synthèse décrits supra et ayant vocation à être consultés facilement et partagés;*
 - *stocker le volet médico-social du PPS (versé par les coordinateurs d'appui sociaux ayant un accès restreint).*
- [468] *En toute hypothèse, les retours d'expérience sur le DMP dans les projets pilotes permettront d'envisager des évolutions pour améliorer cet outil et favoriser sa montée en charge ».*
- [469] L'assurance maladie envisage le déploiement du DMP dans le cadre des expérimentations PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile).

⁶⁵ Agfa Healthcare, Cegedim, Hellodoc et McKesson sont les principaux leaders sur le marché français dans le domaine des dossiers médicaux informatisés.

1.1.2 Le dossier pharmaceutique (DP)

- [470] Le dossier pharmaceutique (DP) est un dossier électronique de santé partagé. Cet outil a été lancé par l'ordre national des pharmaciens (CNOP) en 2006. La loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 a ajouté l'article L.161-36-4-2 au Code de la Sécurité Sociale selon lequel chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, avec son consentement, d'un dossier pharmaceutique. Celui-ci alimente le dossier médical personnel (devenu depuis le DMP)⁶⁶. Tous les pharmaciens d'officine doivent consulter et alimenter le DP lors de chaque délivrance de médicament, sauf opposition ponctuelle du patient. Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est chargé de sa mise en œuvre.
- [471] Le décret du 5 octobre 2012 étend l'usage aux pharmacies à usage intérieur (PUI).
- [472] Le DP donne l'historique sur les quatre derniers mois des médicaments délivrés au patient dans toutes les officines reliées au dispositif. En le consultant, le pharmacien peut repérer les risques d'interactions médicamenteuses, d'une automédication ou de redondances de traitement et limiter le risque iatrogénique. Le pharmacien alerte le médecin traitant en cas de repérage de problèmes liés aux médicaments. 2,5 millions de modifications de traitement ont résulté de ces partages d'informations entre officines.
- [473] Cet outil a connu un sort beaucoup plus favorable que le DMP. Selon l'ordre national des pharmaciens, au 31 décembre 2013, le DP était déployé dans 30 départements à 100 %, avec un total de 22 300 pharmacies raccordées (officines, pharmacies minières et mutualistes) soit 98,3 % sur l'ensemble du réseau, plus de 30 millions de patients avaient déjà ouvert un DP.
- [474] Le DP concerne toutes les classes d'âge. Depuis la fin de l'année 2012, plus d'un patient de plus de 60 ans sur deux a un DP.

1.1.3 Autres outils de partage d'informations

➤ *Le volet médical de synthèse (VMS) ex. DLU (Dossier de Liaison d'Urgence)*

- [475] Il a été créé par la convention médicale du 26 juillet 2011 entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux. Conçu sur la base des travaux de la HAS et réalisé avec les représentants des médecins généralistes et de l'ASIP Santé, le volet médical de synthèse est disponible sur les logiciels métiers habituels des professionnels de santé. Il est particulièrement utile pour le suivi de patients souffrant d'une pathologie chronique.
- [476] Ce document contient les coordonnées du patient, ses antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux, ses allergies, ses antécédents iatrogéniques, ses pathologies et les résultats des principaux examens diagnostiques, les traitements en cours, les facteurs de risque et points d'attention particuliers.
- [477] Il doit être consulté facilement, notamment en cas d'urgence à l'hôpital. Il est actualisé à chaque modification importante de l'état de santé du patient. Il précède l'établissement du PPS pour les malades complexes.
- [478] Le cahier des charges PAERPA en recommande l'utilisation : « *Le médecin coordinateur de l'EHPAD formalise un dossier de liaison d'urgence (DLU, devenu VMS) qui sert tout particulièrement en cas d'hospitalisation du résident en urgence pour établir la fiche de liaison destinée à l'établissement de santé* ».

⁶⁶ L'article L1111-8-1 du Code de la santé publique précise que le même identifiant de santé sera utilisé pour le DMP et pour le DP.

➤ *Le compte rendu d'hospitalisation* prévu à l'article R1112-2 du CSP

- [479] Le médecin de l'établissement de santé – ou le cas échéant le médecin coordonnateur de la HAD – formalise un compte rendu d'hospitalisation (CRH) ; ce document présente le motif de l'hospitalisation, les points à signaler sur son déroulement susceptibles d'avoir une incidence ultérieure, la situation du patient à la sortie (pathologies, traitement en cours et critères de suivi), les préconisations d'aide et de soins associés, les constantes de sortie (cliniques /biologiques), les traitements stoppés et le(s) motif(s) d'arrêt. Il est versé au DMP.
- [480] Le cahier des charges PAERPA incite à la convergence des systèmes d'information des coordinations vers les outils nationaux : « 4.1.4. *Des logiciels métiers adaptés et compatibles avec les outils. En fonction des exigences ci-dessus, un diagnostic territorial relatif à l'existence et la conformité des outils utilisés par les professionnels mobilisés devra être établi. L'engagement des acteurs à faire évoluer leurs outils pour être en capacité de produire les types de documents identifiés sera demandé. L'utilisation d'un logiciel DMP compatible sera un élément facilitant le partage de données médicales via le DMP et une indication importante sur sa capacité à s'intégrer à terme avec la messagerie sécurisée.* »
- [481] De l'avis de nombreux interlocuteurs de la mission en ARS et parmi les professionnels de santé, le DP, le VMS et le compte rendu d'hospitalisation suffiraient à une bonne coordination des soins.

1.2 La messagerie sécurisée

- [482] L'usage d'une messagerie électronique courante ne permet pas de répondre aux exigences de confidentialité et de sécurité attendues dans un échange dématérialisé contenant des données de santé d'un patient entre professionnels de santé. Le décret confidentialité du 15 mai 2007 s'est révélé inapplicable dans les faits, notamment en raison de la complexité de ces outils.
- [483] Comme la mission a pu le vérifier auprès des professionnels des coordinations qu'elle a rencontrés en région (cf. infra), les messageries sécurisées de santé sont encore notablement sous utilisées. On dénombre 61 000 utilisateurs de messageries sécurisées, 95 % des professionnels n'ont pas d'adresse de messagerie sécurisée. Les utilisateurs ne dépassent pas 5 % des 1 200 000 professionnels de santé en France (dont 515 000 seulement sont équipés de cartes professionnelles de santé CPS).
- [484] Il existe pourtant des solutions sur tout le territoire, mais les situations sont très hétérogènes.
- [485] Entre 1998 et 2012, 18 projets de messagerie sécurisée ont été lancés en région. 5 ne l'ont pas déployé, et 2 projets ont été abandonnés. Les autres coexistent sur le territoire avec des taux de couverture des professionnels de santé et des taux d'utilisation très faibles. Une dizaine de solutions techniques sont maintenant déployées dans 16 régions pour environ 25 000 utilisateurs. Leur taux de couverture est inférieur à 0,5 % des professionnels de santé (de 2 à 60 boîtes à lettres selon les régions). Les raisons invoquées pour expliquer cet échec sont multiples. Pour ceux qui ont tenté l'expérience, la barrière technique s'est souvent révélée difficile à franchir sans un accompagnement conséquent. Le besoin d'un usage intégré dans les pratiques courantes et les logiciels métiers est aujourd'hui très largement exprimé par les professionnels de santé qui regrettent aussi l'absence d'interfaçage avec d'autres annuaires, le manque d'intérêt des établissements de soins, le manque de cadre national (pas d'intérêt à faire), le coût du déploiement des lecteurs dans les établissements pour l'authentification par CPS, l'absence de véritable déploiement organisé.

- Les principales messageries de santé sécurisées sont les suivantes :
 - Apicrypt Apicem (Toutes régions)
 - Easycript Enovacom (Aquitaine, Franche-Comté, Haute-Normandie)
 - Cpsure Proxy Enovacom (Auvergne, Haute-Normandie, Bretagne)
 - Inetlab Byg Informatique/ Medsys (Bretagne)
 - IdeoSecureMail SQLI (PACA, Rhône-Alpes)
 - Bioserveur AGFA (Rhône-Alpes)
 - Antares Enovacom (Centre, Haute-Normandie, Alsace)
 - Meops Sword (PACA)

[486] Une solution d'échange régionale a aussi été mise en œuvre en Rhône-Alpes, le système « Zepa » (Zéro Papier en Rhône-Alpes), par le GCS SISRA. Elle consiste à effectuer des échanges sécurisés entre professionnels de santé par un site web sécurisé sans avoir recours à une messagerie sécurisée à proprement parler (protocole SMTPS).

[487] On observe que certaines régions utilisent plusieurs messageries sécurisées (PACA, Rhône-Alpes, Haute-Normandie, Bretagne) quand d'autres en sont totalement dépourvues.

[488] L'outil informatique privé et payant (69 euros par an) APICRYPT, la messagerie médicale de l'Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine (APICEM), a été créée en 1996. Il équipe maintenant à lui seul 45 000 professionnels de santé (38 000 généralistes et 700 établissements de soin), sur tout le territoire.

- Un service de messagerie sécurisée national, « MS Santé », est désormais disponible depuis juin 2013 pour tous les professionnels de santé dotés d'une carte CPS.

[489] Il est opéré par l'ASIP Santé et les ordres professionnels et mis à disposition gratuitement. Il est disponible en web mail et intégré dans les logiciels métiers.

[490] Dans le cadre du PAERPA, l'ouverture du service aux professionnels sociaux est prévue à compter de juin 2014 (décret du 2 décembre 2013).

Cahier des charges PAERPA ; « 4.1.2.2. Une messagerie sécurisée commune à l'ensemble des acteurs des trois secteurs

Tous les acteurs des territoires pilote disposent d'une messagerie sécurisée, fournie, si nécessaire, par l'ASIP Santé. Cette messagerie permet aux acteurs d'échanger :

- les documents de synthèse évoqués (VMS, DLU, CRH, PPS) ;
- des informations plus ciblées et plus ponctuelles dans une logique d'alerte, mais toujours uniquement et strictement pour les besoins de la prise en charge sanitaire de la personne âgée.

L'attention est attirée sur la responsabilité des acteurs, en particulier sanitaires, dans le bon usage de la messagerie. Son usage devra être guidé par un principe de prudence, dans le seul objectif d'assurer la prise en charge des personnes âgées.

Dans les établissements de santé et les EHPAD, cette messagerie sera facilement accessible. »

[491] Au cours de ses déplacements en région, la mission a systématiquement soulevé la question des échanges sécurisés d'information. Elle a eu confirmation que, tant pour des raisons d'insuffisance de sensibilisation à la sécurité⁶⁷ des utilisateurs que pour des motifs de restrictions d'accès aux messageries sécurisées nationales pour les professions non sanitaires et de simplicité d'utilisation des outils grand public, la majorité des professionnels, notamment les médecins libéraux, préfèrent leurs outils métiers ou personnels (Smartphones, web mail etc. voire réseaux sociaux) pour communiquer.

[492] C'est une différence notable avec les pays anglo-saxons.

⁶⁷ Loi informatique et liberté, article L 1110-4 du CSP sur l'information claire du patient, l'authentification par CPS, article L 1111 sur l'hébergement des données de santé.

1.3 Les répertoires partagés

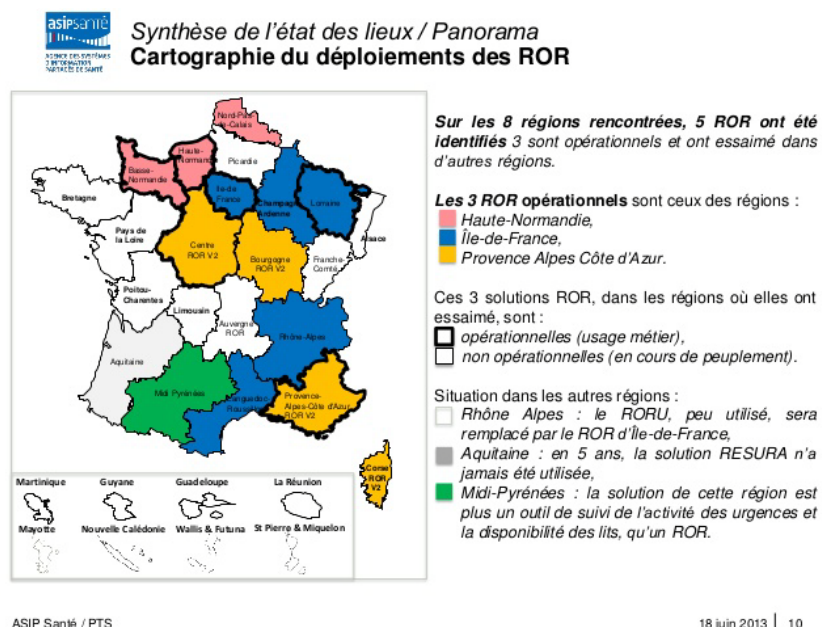
- [493] La disponibilité d'un répertoire électronique de toutes les ressources disponibles pour la coordination d'appui est un préalable à toute organisation des parcours personnalisés. Cet outil peut être plus ou moins sophistiqué (connaissance des disponibilités de lits en temps réel, messagerie, flow-chart etc.).
- [494] Le ministère de la santé a financé en même temps deux projets de répertoire informatisé :
- le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), conçu à l'origine pour fluidifier la médecine d'urgence mais désormais destiné à s'ouvrir à tous les professionnels de la coordination y compris la médecine de ville et le secteur social et médico-social.
 - VIA TRAJECTOIRE, conçu à l'origine pour fluidifier les parcours vers les SSR à la sortie de l'hôpital et ouvert depuis 2014 au secteur social et médico-social.
- [495] Ils ont été testés et déployés sur des territoires différents. Certaines régions ont les deux systèmes, d'autres aucun.
- [496] Que les outils nationaux soient accessibles ou non, la mission a pu vérifier que beaucoup de coordinations ont construit leurs propres répertoires ou utilisent des logiciels métiers intégrés qui offrent cette fonctionnalité.
- [497] La mission a pu observer ces outils en région et constater, comme pour les autres composantes de gestion des informations médicales, sociales et médico-sociales des coordinations, leur grande hétérogénéité. Elle a noté que les ARS continuent de financer, avec les dotations FIR, la conception de nouvelles solutions locales pour les coordinations alors que la démarche nationale du ROR est clairement engagée. Elles y sont incitées parce que cet outil, là où il est déployé (cf. infra) n'est pas encore accessible à tous les professionnels concernés par les coordinations, notamment la médecine de ville et les médico-sociaux.

1.3.1 Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

- [498] Le ROR est un service informatisé qui fournit aux professionnels de santé une aide à l'orientation des patients vers l'offre de soin la plus adaptée. Le ROR doit permettre d'accéder au détail de l'offre de soins des établissements de santé, au sens de l'offre en lits d'hospitalisation, d'accès aux plateaux techniques mais aussi de la Permanence Des Soins des Etablissements de Santé (PDSSES), tant en MCO qu'en SSR. Il fonctionne comme un moteur de recherche standard. Il suffit de renseigner l'offre de soins que l'on recherche et le lieu de prise en charge du patient puis de cliquer sur « Rechercher ».
- [499] Il est expérimenté dans 8 régions ; Aquitaine, Bourgogne, Basse et Haute-Normandie, Ile de France, Midi-Pyrénées, PACA, Rhône-Alpes. Conçu à l'origine pour les besoins des urgences hospitalières, le ROR est obligatoire dans chaque région depuis les décrets n°576 et 577 du 22 mai 2006 et la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du 13 février 2007. Il est défini à l'article R. 6124-25 du code de la santé publique. C'est un service informatisé payant qui fournit aux professionnels de santé une aide à l'orientation des patients en donnant accès à la description formalisée, fiable et actualisée des ressources au niveau du territoire de santé avec une extension au niveau interrégional.
- [500] La DGOS a produit le « Guide fonctionnel ROR », le cahier des charges de ce nouvel outil, en juin 2008. Elle a missionné l'ASIP Santé en mai 2012 pour doter l'ensemble des régions de ROR cohérents à l'échelle nationale et pour accompagner leur généralisation sur l'ensemble du territoire. Initialement conçu dans le contexte de l'urgence, le ROR va s'étendre au-delà de ce seul périmètre, pour intégrer toute l'offre de soins : MCO, SSR, Psychiatrie, Consultations, Médecine de ville, le médico-social, les réseaux de santé...

[501] Selon l'ASIP Santé en juin 2013, seulement 3 versions de ROR sont devenues opérationnelles, celles de la Haute-Normandie, de l'Île-de-France et de Provence Alpes Côte d'Azur, qui ont essaimé dans quelques autres régions (cf. carte ci-dessous). « *En Rhône Alpes, le RORU, peu utilisé, a été remplacé par le ROR d'Île-de-France. En Aquitaine, en 5 ans, le RESURA n'a jamais été utilisé. En Midi-Pyrénées le produit livré est plus un outil de suivi de l'activité des urgences et de la disponibilité des lits, qu'un véritable ROR.* »

Graphique 7 : Déploiement du répertoire opérationnel des ressources



Source : ASIP Santé

Descriptif du ROR PACA

(source : site internet de l'observatoire régional des urgences PACA www.orupaca.fr)

« Il décrit l'aspect opérationnel de chaque établissement de la région. Il est partagé, conçu par les professionnels, et actualisé par l'ensemble des acteurs impliqués pour optimiser le fonctionnement des Réseaux Territoriaux des Urgences.

Il a pour objectifs :

- d'améliorer l'orientation du patient en aval des structures d'urgences, vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge
- d'afficher les filières de soins et réseaux de santé des territoires
- d'améliorer la connaissance de l'organisation de la Permanence Des Soins des Etablissements de Santé (PDSSES)
- d'être un support d'accueil des informations relatives au plan blanc (disponibilité des lits) et aux situations d'urgences (« Hôpital en Tension »)
- de permettre des échanges entre professionnels par l'intermédiaire d'un outil de suivi de projets

- d'offrir un outil de télémedecine (ORU BOX)
- de gérer les fiches d'événements indésirables régionales.

Le Répertoire Opérationnel des Ressources permet d'accéder à des informations fiables et actualisées concernant les plateaux techniques présents sur le territoire, mais aussi à la disponibilité des ressources:

Description de l'offre de soins (spécialités au sein de chaque établissement, fonctionnalités techniques, capacités d'hospitalisation, compétences des professionnels de santé, pathologies prises en charge, modalités de présence des professionnels de santé de la PDSSES, disponibilité des ressources, modalités d'accès aux plateaux techniques ou aux services d'hospitalisation, horaires de fonctionnement, modalités de présence des médecins (de garde ou d'astreinte), fermeture programmée de services, pannes d'équipements ou opération de maintenance

4 référents ont la charge de piloter le renseignement des données de leur établissement : référent établissement, référent de la permanence des soins, référent disponibilité des lits, référent plan blanc

Les données sont renseignées et mises à jour par les référents des Unités Opérationnelles.

Le ROR comprend plusieurs « modules » ;

- *Le Module SSR* qui a pour objectifs :

- d'élaborer un annuaire régional des structures SSR
- d'apporter une aide au choix de la structure la plus adaptée
- de créer une fiche de demande d'admission standardisée commune aux MCO et SSR
- de sécuriser la transmission des données des patients
- de gérer les demandes à partir d'un tableau de bord et d'éviter les erreurs d'admission.

- *Le Module Télémedecine*

Le médecin urgentiste déclenche une demande d'avis grâce à l'ORU BOX (station de demande de télémedecine). Cet outil (un ordinateur portable dédié à cette activité) lui permet :

- de rédiger un formulaire de demande,
- de rendre disponible les images,
- de choisir un expert,
- et à terme de consulter la réponse écrite (version imprimable).

Le médecin expert est contacté par téléphone : il consulte les images et le contexte clinique sur le ROR à partir d'un ordinateur connecté à internet et rédige une réponse. Aucune image ne transite entre les deux établissements puisque l'expert traite les images à distance sur la station de télémedecine des urgences.

- *L'ORU BOX* permet d'identifier les professionnels, de tracer les échanges, de garantir un niveau de sécurité adapté avec un coût de mise en œuvre limité puisqu'il suffit d'installer un ordinateur dédié à cette tâche pour accéder à l'outil.

- *Le Module Disponibilité des Lits* permet de consulter les lits disponibles des différents établissements de santé de la région.

Il est mis à la disposition des services d'urgences qui ont régulièrement besoin de faire le point des lits. Dans un second temps, les SAMU y auront également accès afin de faciliter leur recherche des lits de soins critiques pour placer leurs patients dans la région.

L'antériorité des lits disponibles est consultable, il est possible de l'extraire sous forme de tableau et l'exporter.

La collecte de cet indicateur s'intègre dans la démarche de coordination régionale des situations de tension hospitalière.

- *Le Module Hôpital en Tension*

Le classement des établissements en 3 niveaux caractérise leur état de tension en fonction de leurs indicateurs d'activité :

- pas de tension
- alerte - difficultés opérationnelles signalées par un professionnel
- tension avérée - confirmée par le directeur d'établissement.

Ces 3 situations sont affichées et validées sur le ROR, elles donnent lieu au recueil des contextes des difficultés rencontrées et actions entreprises.

Les indicateurs d'activité sont collectés automatiquement et fréquemment rafraîchis dès lors que le service est informatisé, leur présentation est réalisée sous la forme de diagrammes en étoile.

- *Le Module FEI*

Le module des fiches d'évènements indésirables permet à tout professionnel enregistré dans le ROR de signaler un évènement indésirable régional entre établissements de santé et surtout d'être informé en retour des actions réalisées.

Le traitement d'une FEI comprend le suivi assuré par le coordonnateur des réseaux d'urgences, le traitement par les instances des réseaux d'urgences, l'information au professionnel déclarant des actions menées.

- *Le Module CRUQPC*

Cet outil a été mis en place avec l'ARS PACA qui a élaboré un questionnaire commun à tous les établissements pour les rapports de CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

Il permet aux établissements de remplir en ligne leur rapport annuel de CRUQPC, mais aussi de conserver les données des années antérieures et de visualiser les évolutions au sein de leur établissement.

- *Le Module Plan Blanc élargi*

Les établissements de santé enregistrent sur le ROR toutes les données administratives et médicales nécessaires pour le déclenchement, le suivi et le bilan d'un plan blanc.

Le module plan blanc élargi permet d'avoir accès à l'ensemble des plans blancs de tous les établissements de santé de la région, sous la responsabilité de l'ARS.

Ce nouveau module permet ainsi de connaître les capacités d'accueil et de renforts de tous les établissements de santé de la région, en cas de déclenchement d'un plan blanc.

- Le Module Statistiques

Ce module, accessible à tout prescripteur de fiche de transfert, permet de consulter les statistiques de l'unité où il exerce. Le professionnel de santé a alors accès au nombre de demandes validées, annulées ou refusées pour son unité. Les courts séjours ont un aperçu des placements déjà réalisés et les SSR de la provenance de leurs patients. Ces informations sont accessibles sur une période donnée paramétrable par l'utilisateur et exportable sous la forme de tableau.

D'autres indicateurs sont en cours d'élaboration et seront prochainement accessibles (pyramide des âges, causes des annulations...). »

[502] On comprend, à la lecture des fonctionnalités du ROR ci-dessus décrites, qu'il correspond très marginalement aux besoins d'une coordination médicale, sociale et médico-sociale.

[503] En PACA, la livraison du « ROR de proximité » qui intégrera l'offre libérale, sociale et médico-sociale, la recherche ciblée par zone d'intervention et géo localisation, l'accessibilité Personnes Handicapées et les demandes de place en EHPAD est prévue pour septembre 2014.

[504] Le cahier des charges PAERPA tient compte de ces développements mais n'impose pourtant pas le ROR.

« 4.1.2.1. L'annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales

La coordination territoriale d'appui assurera, avec l'aide de l'ASIP Santé si nécessaire, et sous le pilotage de l'ARS, la mise au point :

- *soit d'un annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire pilote.*
- *soit d'un répertoire opérationnel de ces ressources (ROR).*

Il est préférable d'envisager la mise en place d'un ROR puisqu'il propose un moteur de recherche simple et conçu à partir des besoins exprimés par les professionnels et par les patients. L'annuaire produit devra, dans la mesure du possible, indiquer :

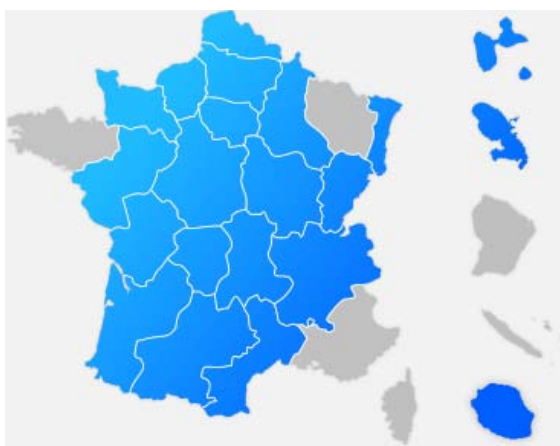
- *les coordonnées ;*
- *les caractéristiques ;*
- *l'offre ;*
- *les disponibilités des acteurs ou structures ; un recensement des différentes ressources et rubriques possibles sera joint en annexe.*

L'objectif est de permettre aux usagers et aux professionnels et établissements de chaque territoire de trouver le service ou la personne nécessaire à chaque instant du parcours. La coordination territoriale d'appui assure, avec l'aide des différents acteurs, l'actualisation permanente de cet annuaire ou de ce ROR ».

1.3.2 VIA TRAJECTOIRE®

- [505] Cet outil a été conçu par un médecin et un ingénieur informaticien des Hospices Civils de Lyon et lancé en 2005 grâce au financement de l'ARS et confié au GCS Système d'Information de Santé Rhône-Alpes. Il a été déployé en 2008 dans cette région puis étendu progressivement à 18 régions métropolitaines et 4 en Outre Mer. Il est hébergé sur la plate-forme des HCL agréée par l'ASIP Santé.

Graphique 8 : Déploiement de VIA Trajectoire



Source : ASIP Santé

- [506] Les principales fonctionnalités sont les suivantes : annuaires sanitaire et médico-social, thésaurus (aide à l'orientation), moteur de recherche, édition et gestion des formulaires d'admission.
- [507] Déployé dans 22 régions, c'est une plate-forme Web qui permet d'identifier facilement le ou les établissements capables de prendre en charge le projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement, nécessaire à différents moments de la vie de chaque personne. Il est conçu pour identifier les établissements possédant toutes les compétences humaines ou techniques requises pour prendre en compte les spécificités de chaque personne et ce aussi bien dans les domaines sanitaire que médico-social. La prise en compte des données géographiques permet d'identifier les établissements proches du domicile de la personne ou de celui de sa famille. Les fonctionnalités bureautiques du logiciel permettent aux professionnels de santé ou aux gestionnaires des établissements médico-sociaux, de réaliser le dialogue par voie électronique sécurisée entre prescripteurs de soins, demandeurs d'hébergement et les établissements de prise en charge concernés.
- [508] En 2012, Via Trajectoire a été étendu à l'admission en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et dans le secteur médico-social en général. Les deux logiciels « orientation de la personne âgée en EHPAD/EPA » et « orientation de la personne handicapée en ESMS » sont en cours de déploiement cette année.
- [509] Les synthèses multicritères, issues de sa base de données, permettent une bonne connaissance des besoins, par pathologie et par type de prise en charge et constituent un véritable observatoire des structures de soins pour les ARS.

2 LA PERSISTANCE DES OUTILS ET METHODES D'ECHANGE D'INFORMATION « PAPIER »

[510] Dans la majorité des coordinations que la mission a rencontrées et dans les réponses des ARS à son questionnaire, les outils informatiques et bureautiques coexistent avec les procédures papiers qui perdurent. La mission a rencontré une coordination en totalité « papier » en dehors de sa bureautique de base. Ce retard dans l'adoption d'outils modernes augmente les difficultés pratiques de coordination et doit être compensé par la multiplication de contacts physiques, aussi bien pour organiser et suivre les parcours que pour la gouvernance de la structure d'appui (« réunionite »). Dans certaines coordinations, il a été précisé à la mission que le temps passé en réunion pouvait représenter les 2/3 du temps de travail des professionnels. Il convient aussi de considérer les frais et le temps liés au transport des participants à ces réunions. Le retard technologique a un coût.

3 COMPARAISONS INTERNATIONALES

- Aux Etats-Unis : pour mettre en œuvre le dossier partagé EHR, les autorités sanitaires américaines ont fait le choix d'un système intégré (dossier médical, analyses, prescriptions, messagerie sécurisée) disponible sur le marché. Après mise en concurrence, elles ont imposé à partir de 2005 le déploiement sur tout le territoire d'un outil commercial certifié par la commission nationale des techniques d'information médicale. Ce déploiement s'est accompagné d'une formation à l'outil pour tous les professionnels de santé de premier recours et a signifié la fin des dossiers papier et des procédures manuelles.
- Canada : il n'y a pas de système fédéral. Le gouvernement se limite à définir une stratégie, définir les objectifs et les standards techniques des outils. La mise en œuvre est en totalité locale.
- Grande-Bretagne : porté par le National Health Service (NHS), le programme Electronic Health Recording (EHR), « the world's biggest civil information technology program », 12 milliards de Livres, lancé en 2002 a été un échec comparable à celui du DMP. La raison principale retenue par le NHS est que l'outil ne répondait pas aux besoins du terrain et que la démarche était trop verticale, « imposée » aux médecins généralistes (General Practitioners GP) et aux infirmières libérales.

Sans renoncer officiellement à l'EHR complet, le NHS a conçu un Summary Care Record (SCR), équivalent sommaire du DP français, qui ne contient que les informations sur les prescriptions. Le SCR est utilisé en soins de premier et de deuxième recours. C'est l'outil de base de la coordination des soins. Il connaît une expansion rapide, 48 000 000 de dossiers sont ouverts en juin 2014. Les premiers résultats de l'évaluation du dispositif sont les suivants : 8 % d'augmentation de détection des risques iatrogéniques (erreurs de prescription), 50 % de réduction des appels téléphoniques entre pharmacies hospitalières et médecins généralistes, 36 % pour les FAX, un rendez-vous sur 13 avec le généraliste est évité, 1 sur 25 à l'hôpital ou à la clinique, 9.26 Livres économisées par dossier en pharmacie hospitalière.

ANNEXE 4 : LES TERRITOIRES DES COORDINATIONS

1	LES MAIA	116
2	LES PAERPA.....	119
3	LES RESEAUX.....	120
4	LES CLIC.....	122

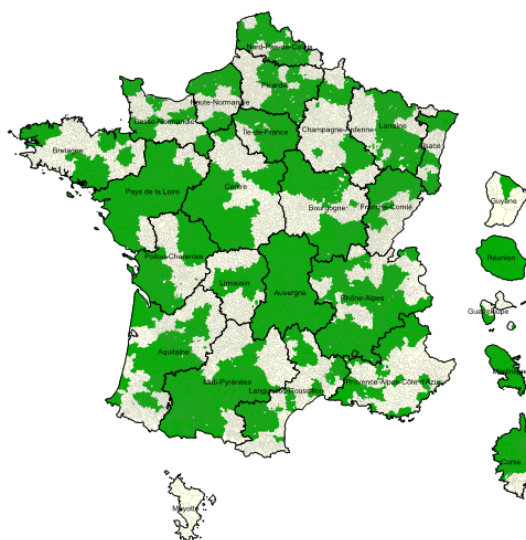
- [511] Le choix du territoire d'implantation d'une coordination obéit à deux cas de figure, qui peuvent également se combiner :
- Un compromis des porteurs du projet entre la population cible de bénéficiaires, les moyens humains et financiers dont ils disposent et leurs affinités personnelles. C'est le cas le plus fréquent pour les réseaux de santé et certaines MAIA de « première génération ». Le responsable d'une coordination des Pays de la Loire rassemblant 1 réseau hospitalier, 3 CLIC et 2 MAIA a souligné à la mission de l'IGAS avoir passé des heures innombrables en réunions diverses pour définir le territoire.
 - Le choix du territoire du ou des financeurs. C'est le cas, notamment des CLIC et des PAERPA
 - La combinaison des deux méthodes. Le conseil général de la Mayenne et l'ARS des Pays de Loire ont ainsi poussé à la fusion d'un CLIC et d'un réseau gérontologique qui se faisaient concurrence sur le même territoire avec la MAIA Angers Saumur.
- [512] La mission de l'IGAS a observé une grande disparité des territoires des coordinations, en termes de superficie (de quelques cantons à une région entière comme pour l'ARESPA en Franche-Comté) et de population couverte (de quelques milliers d'habitants pour certains CLIC à 920 000 habitants pour la MAIA Nord de Seine St Denis) etc.
- [513] La complexité de leur fonctionnement est plus grande pour les territoires « transfrontaliers », notamment lorsqu'ils sont « à cheval » sur des départements ou des régions (harmonisation des outils méthodologiques, compatibilité des systèmes d'information, règles de financement, cahier des charges etc.). Un tel choix entraîne des coûts supplémentaires de coordination, de négociation budgétaire et de reporting.
- [514] Elle a constaté que, consécutivement à l'absence de coordination entre les directions centrales du ministère de la santé et de la solidarité et ses opérateurs (CNSA et CNAMTS en particulier) et à l'absence de stratégie de certaines ARS, la couverture du territoire national par les coordinations est encore significativement incomplète. Cette situation crée objectivement des inégalités d'accès à l'offre de soins et une perte de chance pour les personnes âgées et les malades chroniques des territoires les moins bien couverts.
- [515] Enfin, la mission a noté qu'une rationalisation progressive des territoires des coordinations était en cours dans certaines régions.
- [516] Le questionnaire adressé aux ARS par la mission en 2014 montre que :
- pour 23 % des dispositifs le territoire d'action est communal ou intercommunal,
 - pour 17 % des dispositifs c'est le département,
 - dans 21 % des cas la réponse est « autre » (arrondissements, cantons, demi-département, bi-régional, infra-départemental, une partie de deux départements...).
 - pour 3 % le territoire d'action est la région
- [517] Ainsi, le territoire choisi correspond à une circonscription administrative dans 43 % des cas. De plus, le territoire d'action est un territoire de santé dans 9 % des cas et c'est un territoire de santé de proximité dans 18 % des cas (9 % sans réponse).

1 LES MAIA

- [518] Les MAIA ont d'abord été expérimentées dans une quinzaine de départements avant d'être généralisées en plusieurs étapes à l'ensemble du territoire avec un objectif de 500 MAIA couvrant la totalité de la métropole et des DOM. Pour l'heure, toutes les personnes âgées potentiellement bénéficiaires n'en bénéficient pas.

Couverture du territoire national par les 202 dispositifs MAIA

Année 2013



Légende	
■	Communes couvertes par les dispositifs MAIA
	Communes non couvertes par les dispositifs MAIA

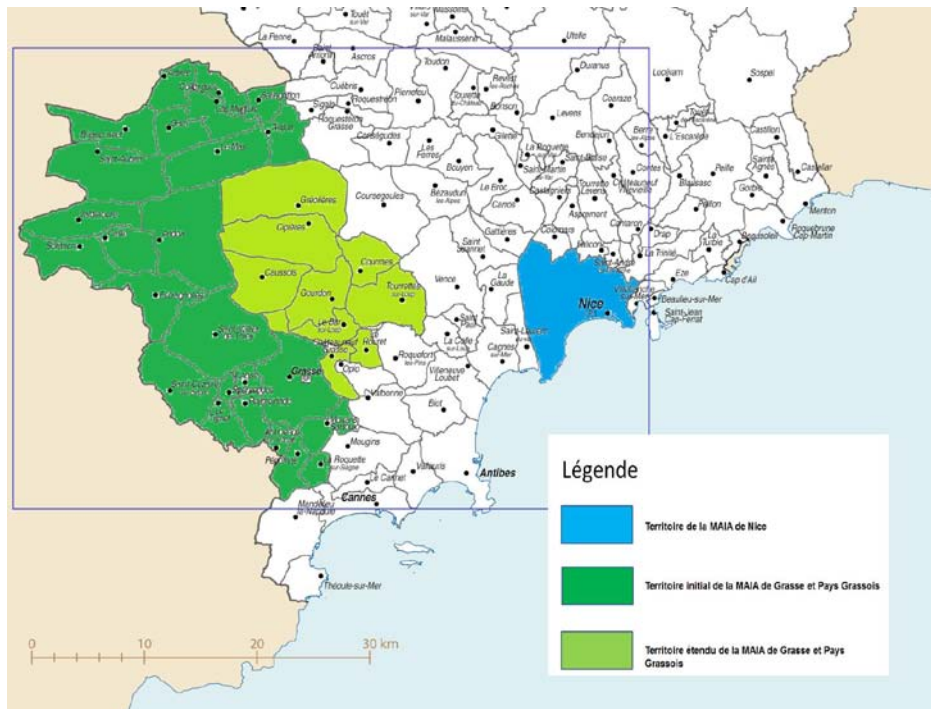
CNSA - Equipe Projet Nationale MAIA - 19/12/2013 - Document sans valeur juridique

- [519] Le territoire de la première génération (2008-2011) des MAIA expérimentales était celui du « porteur » du projet. Eu égard à la grande variété des porteurs des 15 premiers dispositifs, tous les cas de figure ci-dessus exposés ont été mis en œuvre.
- [520] Après plusieurs évaluations du dispositif expérimental, des règles nationales ont été définies. L'annexe 5 du cahier des charges des dispositifs d'intégration MAIA, « La répartition des dispositifs MAIA par région » donne une liste de critères sans préciser leur cotation ou leur combinaison.
- [521] Pour la répartition des 50 dispositifs MAIA nouveaux prévus en 2014, la CNSA rappelle que « pour permettre une répartition équitable entre les régions des dispositifs MAIA ainsi qu'un réajustement dans le déploiement par rapport aux dispositifs déjà installés, la répartition des 50 dispositifs pour 2014 sur le territoire français s'appuie sur le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (population ciblée par les MAIA) par région en 2011 (données INSEE 2012), et tient compte des dispositifs MAIA déjà déployés, des besoins exprimés par les ARS ainsi que de leurs capacités à installer les dispositifs alloués ».
- [522] Quelques exemples d'application de ces critères :

- Les territoires MAIA Nice/Grasse

[523] Cette situation est particulièrement intéressante car elle a vu la structure d'origine grossir avant de se scinder en deux entités distinctes qui ne couvrent toujours pas l'ensemble de la population de ce bassin de vie.

- 2011 : Territoire initial de la MAIA : Nice / Grasse
- 2012 : Territoire élargi : Nice / Grasse et Pays Grassois
- 2013 : Création d'une MAIA propre au territoire de Grasse et Pays Grassois



► **les MAIA des Pays de la Loire**

[524] Les MAIA couvrent 90 % de la région à l'exception de quelques cantons du nord ouest, en raison de l'histoire de la constitution des réseaux qui sont à l'origine des 2 coordinations concernées.

Graphique 9 : Les MAIA en pays de la Loire

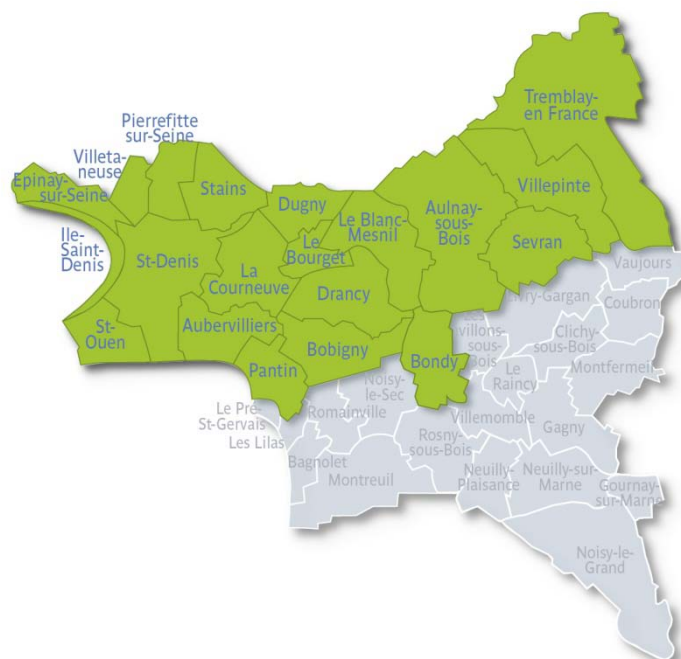


Source : RESPA

► Les territoires de coordination de la Seine Saint Denis

[526] A l'inverse des exemples précédents, l'ARS Ile de France et le conseil général de Seine Saint Denis ont réussi à faire coïncider la plus grosse part de leurs territoires et 2 MAIA (Nord et Sud) couvrent tout le département.

Graphique 10 : Territoires et Maia en Seine St Denis



Source : MAIA 93 et réseau arc en ciel

[527] A l'exception de la commune de Bondy, les deux territoires correspondent maintenant à ceux du Conseil Général (« bassins gérontologiques », « territorialité handicap-MDPH », circonscriptions de service social), à ceux des deux réseaux de soins palliatifs (Arc en ciel au nord et Océane au sud), à ceux des trois équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et à ceux des filières gériatriques de l'ARS. Les cinq CLIC du département sont tous situés dans la MAIA nord. En revanche, ces territoires ne correspondent que partiellement ou pas du tout à ceux d'autres partenaires importants comme la Cramif, les secteurs psychiatriques, la territorialité judiciaire, les communautés d'agglomération.

[528] Cette situation n'est pas encore celle des autres départements de la région où le chevauchement des territoires demeure fréquent.

2 LES PAERPA

[529] A priori, comme le dispose leur cahier des charges, les territoires des PAERPA correspondent aux territoires de santé définis par les ARS dans leur ressort.

[530] Pour autant, la mission a pu observer certaines exceptions, comme pour le PAERPA des Pays de la Loire qui s'appuie sur 2 MAIA et hérite de l'histoire de leur découpage territorial (cf. carte supra) avec pour conséquence la persistance d'une zone non couverte au nord du dispositif.

Graphique 11 : Territoire d'intervention du PAERPA en pays de la Loire



Source : RESPA 2014

3 LES RESEAUX

[531] Les réseaux regroupent tous les cas de figure.

- les Unités Mobiles Interdépartementales (UMI) d'Ile de France (pour les Situations Complexes en Autisme et Troubles Envahissants du Développement - SCATED).

[532] En ce qui concerne le public potentiel de cette coordination issue d'un réseau de santé hospitalier, l'INSERM dans son expertise collective sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent (2001-2002), propose une prévalence de toutes les formes de troubles envahissants du développement (TED) autour de 27,3 cas pour 10000 habitants dont 9 cas pour 10000 habitants concernant l'autisme. Pour une population francilienne d'environ 11 millions d'habitants, la population potentiellement concernée s'élève à 30000 personnes atteintes de TED dont 10000 personnes autistes ainsi qu'il est rappelé dans le rapport d'activité de l'UMI centre).

[533] Selon le cahier des charges des UMI (« Définition des territoires d'intervention »), « chaque UMI desservira un territoire francilien dont le découpage veillera à assurer un partage équilibré en termes de :

- surface

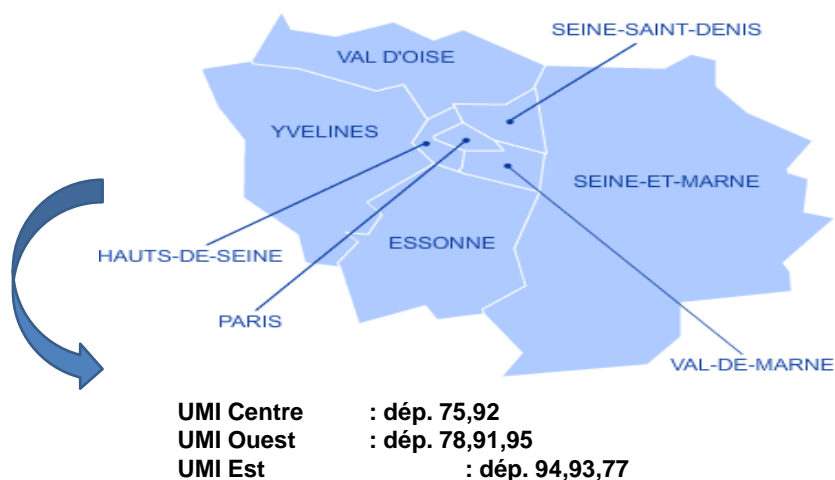
- démographie
- nombre de structures médico-sociales implantées
- nombre d'établissements sanitaires installés

[534] *Le découpage territorial respectera les limites géographiques des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile et maintiendra la cohérence avec l'hôpital de rattachement. »*

[535] Les territoires des 3 UMI d'Ile de France ont été déterminés en fait par l'ARS.

Graphique 12 : Territoires couverts par les UMI en île de France

Territoire couvert par les UMI



5

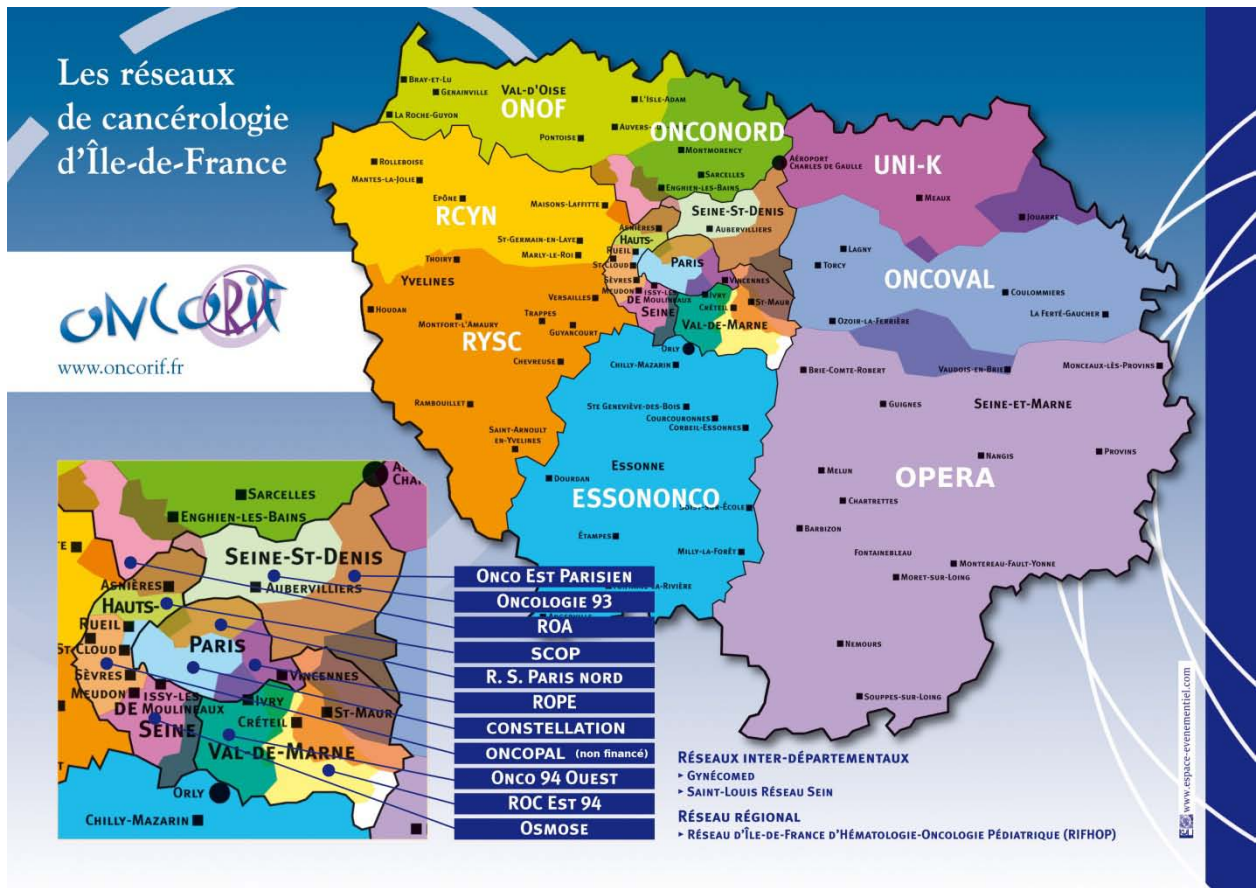
Source : Unité mobile interdépartementale

- Des réseaux régionaux (exemple : les réseaux de cancérologie)

[536] Ils se sont structurés à l'occasion du Plan cancer 2009-2013. Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) s'inscrivent tous désormais dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale, et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

[537] Ces réseaux régionaux fédèrent des réseaux locaux. Cette organisation n'est pas nécessairement structurée exclusivement autour du cancer. Il n'y a pas forcément coïncidence entre un réseau et un territoire comme le montre la carte ci-dessous.

Graphique 13 : les réseaux de cancérologie d'Île de France



Source : *Oncorif*

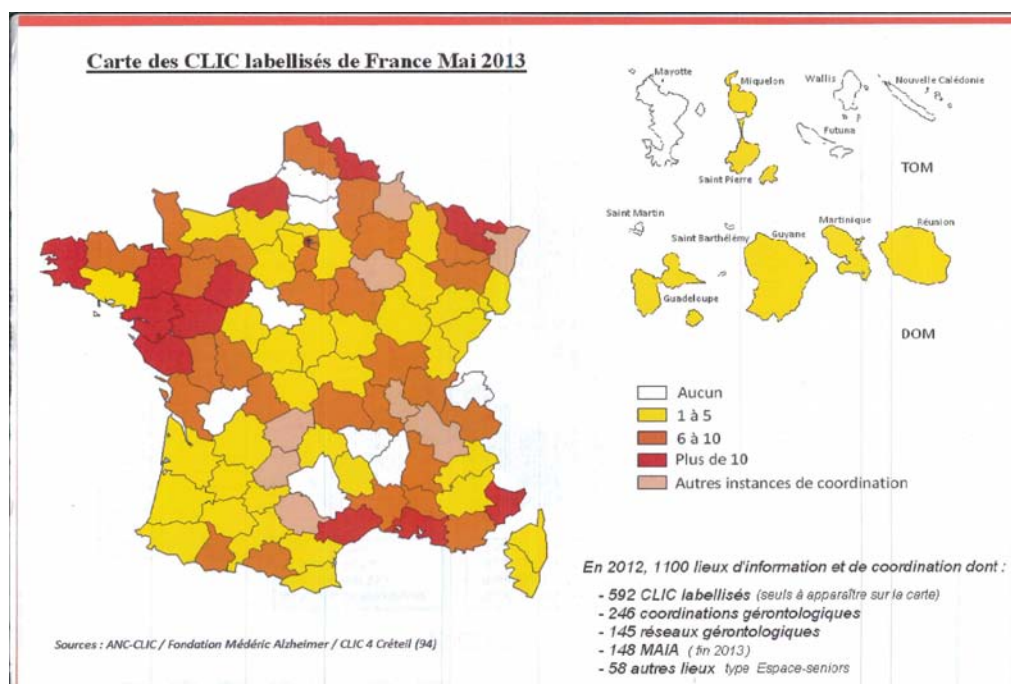
- [538] L'Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui (ARESPA)⁶⁸, créée en 2001 sur la commune de Besançon s'est étendue à toute la région en 2012/2013 avec le soutien de l'ARS. Elle porte aujourd'hui une coordination régionale pour les personnes âgées. La création programmée de MAIA et, plus tard, de PAERPA en Franche-Comté nourrit la réflexion de l'association et de l'ARS qui étudie l'hypothèse d'une structure unique régionale confiée à l'ARESPA. La population concernée ; Toute personne atteinte d'une maladie chronique, grave, évolutive dont le pronostic vital peut être mis en jeu ; toute personne en situation jugée complexe par le médecin traitant. L'association a actuellement une file active de 2 400 patients.

4 LES CLIC

- [539] 592 CLIC sont labellisés en 2012 (source Association Nationale des CLIC) 246 coordinations gérontologiques ne sont pas labellisées. 15 % des CLIC portent aussi des MAIA.

⁶⁸ Le réseau ARESPA a pour objectif de permettre aux patients en situation de soins palliatifs d'être pris en charge à domicile dans des conditions équivalentes à celles offertes par les établissements de santé. Il couvre les secteurs du Haut Doubs (135 communes), du Jura nord (161 communes) et de Belfort/Montbéliard (327 communes). Il regroupe des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...), des professionnels de santé hospitaliers, des EMSP (équipes mobiles de soins palliatifs), des services sociaux /PASS (Permanence d'Accès au Soins de Santé), des SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) et les Conseils Généraux.

Graphique 14 : CLIC labellisés



Source : ANC-CLIC/Fondation Médéric Alzheimer/ CLIC 4 Créteil (94)

[540] En Pays de la Loire, l'enquête effectuée à la demande de la Conférence régionale de santé en 2008 montre que les CLIC de cette région couvrent des populations d'importances très différentes : environ les trois quarts prennent en charge une population de moins de 50 000 habitants et 28 % une population supérieure à ce seuil. Trois CLIC couvrent une population de moins de 10 000 habitants.