



## **FOCUS SUR....**

### **EVALUATION DE LA COORDINATION D'APPUI AUX SOINS**

**Questions à Laurence ESLOUS et Isabelle YENI,  
signataires, avec Philippe BLANCHARD du rapport de l'IGAS :  
Evaluation de la coordination d'appui aux soins**

#### **1/ Qu'est-ce que la coordination d'appui aux soins ?**

La coordination territoriale d'appui rassemble tous les 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.

#### **2/ Pourquoi la ministre des affaires sociales et de la santé a-t-elle saisi l'IGAS, en 2014, d'une mission d'évaluation des dispositifs de coordination territoriale d'appui aux soins?**

Un des objectifs fixés par la stratégie nationale de santé et par la loi santé est 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.

La ministre a souhaité que soit engagée une réflexion relative à l'organisation la mieux à même d'assurer la coordination de l'ensemble des professionnels intervenant, en appui à l'exercice clinique, autour d'un patient, ponctuellement (à l'occasion d'un accident de santé) ou dans la durée (lorsque la maladie se chronicise).

#### **3/ Quelle a été votre méthode de travail ?**

Nous avons rencontré sur le terrain près de 200 personnes : administrations, agences régionales de santé (ARS), conseils départementaux, opérateurs, Assurance maladie (CNAMTS), Haute Autorité de Santé (HAS), Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA), syndicats de médecins, fédération des maisons et pôles de santé, chercheurs

Nous nous sommes rendus dans cinq régions (Aquitaine, Bourgogne, Ile de France, Pays de la Loire et Provence Alpes Côte d'Azur) pour y échanger, à chaque fois, avec des responsables des différentes coordinations, des centres hospitaliers, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des maisons de santé, des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), des expérimentations Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), des expérimentations locales

#### **4/ Au vu de vos investigations, comment fonctionnent les parcours de soins existants ?**

Nées au gré des différents plans de santé publique (Alzheimer, Plan cancer) ou de différentes expérimentations (PAERPA), les coordinations sont nombreuses et variées mais parcellaires, cloisonnées et couteuses.

Elles se cantonnent souvent à un seul aspect du besoin du patient : soit l'aspect clinique, soit l'aspect médico-social, sans passerelle entre les administrations qui les gèrent.

Elles sont rarement transversales, d'autant qu'elles sont très souvent organisées par pathologie ou par secteur.

Au fil des années, ces structures se sont multipliées, au risque de les rendre redondantes et sans toujours intégrer les professionnels de santé, ni les impliquer dans le suivi des patients, voire même sans les informer de la prise en charge de leurs patients. Au reste, certains médecins ne connaissent pas l'existence des centres de coordination gérontologique (CLIC) de leur région.

### 5/ Une expérimentation vous a-t-elle plus particulièrement marquée ?

Le fonctionnement du réseau ARESPA (Association du Réseau de Santé, de Proximité et d'Appui) en Franche-Comté est à cet égard très instructif. Il apporte un appui aux professionnels pour faciliter la prise en charge de patients dont la situation, tant clinique que sociale, est particulièrement complexe.

### 6/ Quel schéma proposez vous ?

A l'issue de notre enquête, nous avons été convaincus qu'il fallait se centrer sur le besoin du patient et sur son interlocuteur le plus proche : le médecin traitant.

Prenons l'exemple d'un père élevant seul son enfant handicapé. Le père doit rentrer à l'hôpital pour une opération chirurgicale. En son absence, comment organiser le quotidien de son fils ? Nous proposons que ce soit le médecin traitant qui déclenche la coordination de tous les intervenants (kiné, infirmier, services à domicile, assistance sociale...) en fonction des besoins spécifiques de son patient et de son fils, qu'ils s'agisse de besoins cliniques, sociaux ou médicaux sociaux.

C'est au médecin qu'il revient de décider de l'opportunité de recourir à cet appui que des professionnels, dont il a pu expérimenter les compétences, et/ou des structures dont il pourrait être le client, organiseront pour son compte.

Ces structures de coordination pourraient, après une période transitoire, être rémunérées à la prestation rendue, et non plus par des subventions de fonctionnement, comme c'est le cas actuellement.

### 7/ Quelles sont les conditions de réussite de cette organisation ?

Pour fonctionner, ce système doit respecter un certain nombre de critères :

- une organisation souple au plus près des médecins. A l'agence régionale de santé de veiller à ce que l'offre de coordination existe et de fournir le système d'information approprié (messagerie sécurisée, dossier médical personnel informatisé du patient) ;
- un nouveau modèle de financement axé sur la prestation de coordination, avec deux ou trois tarifs différents suivant la complexité ;
- des professionnels du secteur sanitaire ou social, formés à la coordination ;
- une évaluation de ce nouveau modèle par la Haute Autorité de santé.

### 8/ Et maintenant ?

Notre rapport a proposé une nouvelle orientation qui a été retenue par le gouvernement.

Le projet de loi santé prévoit notamment : « *Le médecin traitant ou un médecin en lien avec le médecin traitant déclenche le recours aux fonctions d'appui et assure leur intégration dans la prise en charge globale des patients concernés grâce à des échanges d'informations réguliers* » (chap.7 - art L.6327-1).

Octobre 2015

## LE RAPPORT EN BREF

### EVALUATION DE LA COORDINATION D'APPUI AUX SOINS

Philippe BLANCHARD, Laurence ESLOUS, Isabelle YENI  
Avec la participation de Pauline LOUIS, stagiaire

A la demande de la ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, l'Inspection générale des affaires sociales a mené, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, une réflexion sur la coordination d'appui aux soins, dont le besoin est exprimé dans l'ensemble des pays de l'OCDE.

Au-delà du bilan réalisé sur les structures et dispositifs de coordination existants, cette **réflexion devait dessiner l'organisation la mieux à même d'assurer la coordination de l'ensemble des professionnels intervenant, en appui à l'exercice clinique, autour d'un patient**, ponctuellement, à l'occasion d'un accident de santé, ou dans la durée, lorsque la maladie se chronicise, afin d'éviter des hospitalisations inutiles ou des ruptures dans le parcours de soins.

#### Des coordinations nombreuses mais parcellaires, cloisonnées et coûteuses

**Pourtant nombreuses et diverses, les coordinations actuelles restent parcellaires**, tant parce qu'elles ne couvrent pas l'ensemble du territoire national qu'au regard des besoins des patients. En outre, elles se cantonnent souvent à un seul aspect de la coordination (médico-sociale ou clinique).

**Elles se heurtent aux cloisonnements entre les différentes administrations** (nationales, locales, sociales), qui revendiquent chacune leur coordination, ainsi qu'à une nomenclature complexe des territoires de mise en œuvre des politiques de santé.

**Souvent redondantes les unes par rapport aux autres, elles finissent par être coûteuses** pour les finances publiques bien que les chiffres avancés ne soient qu'une approximation liée à l'absence de données nationales exhaustives ou d'évaluations, notamment médico-économiques.

Enfin, **elles informent et impliquent peu les médecins de premier recours dans le suivi des patients**. C'est au contraire un soutien accru aux médecins de premier recours qui doit permettre à ces derniers d'exercer leur métier, sans se décharger sur les urgences des hôpitaux ou des réseaux trop spécialisés et de bénéficier d'une aide dans l'organisation de la prise en charge transversale des patients, du clinique au médico-social.

#### Une nouvelle organisation reposant sur l'initiative des médecins

**L'organisation proposée par le rapport repose sur l'initiative des médecins, respecte leurs choix d'exercice et rémunère la coordination retenue par le médecin**. Ce financement est fonction du nombre de dossiers traités et de leur complexité, sur la base de deux ou trois tarifs définis nationalement.

**Responsables de la démarche stratégique, les ARS devront en définir le cadre** (accords à passer avec les établissements de santé, les organismes sociaux, les collectivités territoriales et les unions régionales des professions de santé) et veiller à la mise en œuvre de ces propositions sur l'ensemble de leur territoire.

**Une montée en charge progressive** permettra de solliciter les médecins sur la base du volontariat et d'organiser le basculement des modes de financement des structures existantes.

## LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- **Les textes à prévoir**

Au-delà du texte qui devrait définir la coordination territoriale d'appui aux soins, le code de la santé publique devra être complété pour ajouter l'organisation de la coordination de tous les intervenants auprès du patient aux objectifs de la politique de santé (Art L.1411-1), en ce qu'elle contribue à la qualité de sa prise en charge et donner au médecin la mission de recourir, le cas échéant à une coordination d'appui dans le cadre de sa mission d'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social (Art L. 4130-1).

De la même façon, le code de la santé publique devra inscrire l'organisation de l'appui aux médecins de premier recours au nombre des missions des ARS (Art L.1431-2). 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 doit être membre de l'équipe de soins figurant à l'article L.1110-12 créé par le projet de loi modernisation de la santé.

- **Les négociations à engager**

Il devrait relever de la DGOS et de la DGCS la mission de définir les deux ou trois tarifs de rémunération de la prestation de coordination. Le cas échéant, l'assurance maladie, lors de prochaines négociations, pourrait être engagée 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. Un thème « coordination d'appui » devra être systématiquement inscrit à l'ordre du jour 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 de modernisation de la santé.

Des négociations avec les universités et avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) devraient être envisagées 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.

- **Une montée en charge progressive à organiser, notamment en ce qui concerne les implications financières**

- > 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.

- **Des indicateurs à élaborer afin d'évaluer la coordination d'appui aux soins.**

L'évaluation de la coordination doit reposer sur des indicateurs, en nombre limité, que la HAS pourrait définir aux fins d'apprécier la qualité de la coordination.

- **Les outils techniques à mettre à disposition des médecins et des autres professionnels**

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.