

23/03/2015

Origine : Célia VALERO	Destinataires : Adeline LEBERCHE
Suivi par : Agathe FAURE	Pour info :
Objet : Evaluation de la coordination d'appui aux soins Note de synthèse mission IGAS	

A la demande de la Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes¹ l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a mené, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, une réflexion sur la coordination d'appui aux soins.

En résumé, le rapport de l'IGAS publié le 4 février 2015 fait état de doublons parmi les structures chargées d'assurer en France une fonction de coordination : réseaux, CLIC², MAIA³, MDPH⁴, SSIAD⁵....

Ces organismes chargés de fluidifier la prise en charge des patients sur le territoire manqueraient en effet d'articulation et seraient redondants, entraînant des surcoûts.

L'IGAS prône ainsi une **vaste refonte de la coordination d'appui aux soins**, pour rendre plus lisible et efficace cette fonction exercée par une multiplicité d'acteurs.

Pour cela, l'Inspection propose de **revoir l'organisation et le financement de ces structures**. Elle donne également des pistes de **gouvernance** et un modèle de tarification pour **l'activité de coordination**, l'ensemble reposant sur l'initiative du médecin.

¹ Marisol Touraine

² Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)

³ Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

⁴ Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)

⁵ Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

La réflexion de l'IGAS s'est organisée en deux temps:

1) Un bilan des structures et dispositifs de coordination existants

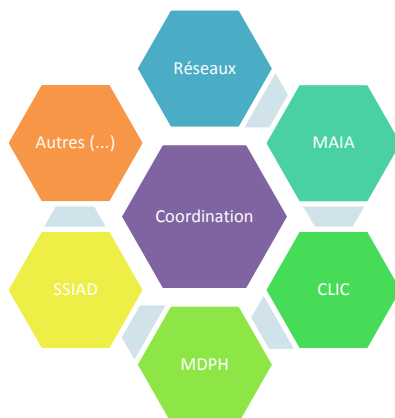


Figure 1: Les acteurs de la coordination

Ces structures et dispositifs sont des :

- **Réseaux** (50%)
- **MAIA** (41%)
- **Dispositifs divers** (9%) :
 - CLIC
 - MDPH
 - SSIAD
 - SPASAD
 - Dispositifs PAERPA
 - Groupement de professionnels libéraux
 - Groupement de coopération sanitaire
 - Plateforme « CLIC-réseau gérontologique-MAIA »
 - Plateforme de répit
 - Relais des aidants
 - Structures mutualisant l'action sociale des caisses de retraite et la création de dispositifs inter-régimes
 - Equipes dédiées au domicile
 - Coordination ville-hôpital
 - Coordination d'appui aux situations complexes
 - CCAS
 - Dispositif indéterminé

Répartition des dispositifs de coordination (en %)

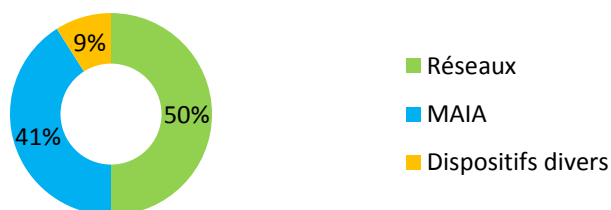


Figure 2: Recensement selon l'ARS

2) L'analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées

Le but étant de mettre en avant **l'organisation la plus à même d'assurer la coordination de l'ensemble des professionnels** intervenant, en appui à l'exercice clinique, autour d'un patient que ce soit :

- ponctuellement (à l'occasion d'un accident de santé)
- dans la durée (lorsque la maladie se chronicise, afin d'éviter des hospitalisations inutiles ou des ruptures dans le parcours de soins)

I. Les principales limites de l'organisation actuelle des dispositifs de coordination selon l'IGAS

Existence de nombreux organismes mais une coordination qui reste « parcellaire, cloisonnée et coûteuse »



Figure 3: « Des coordinations nombreuses mais parcellaires, cloisonnées et coûteuses » selon l'IGAS

La parcellisation:

Elle exprime le fait que ces coordinations (réseaux, CLIC, MAIA, MDPH, SSIAD...) :

- ❖ Ne couvrent pas l'ensemble du **territoire national**.
- ❖ Ne répondent pas à la totalité des **besoins des patients**.

Recommandations

Réorganiser le système actuel

L'inspection prône donc une **vaste refonte d'une coordination** exercée à l'heure actuelle par de acteurs multiples sur les territoires, afin d'éviter les **redondances** et rendre la coordination plus **efficace** et plus **lisible**.

Le cloisonnement:

L'IGAS juge que ces coordinations sont « cloisonnées » au sens « d'hyperspécialisées » car ces dispositifs:

- ❖ **Se limitent à un seul aspect de la coordination** (médico-social et social ou clinique-sanitaire)
- ❖ **Sont organisés « par pathologies ou par secteur »** selon une organisation dite « en silo »: le rapport cite les programmes de « *disease management* » dans les maladies chroniques, les SSIAD, les CLIC gériatologiques, les MIAI, ou encore les MDPH.
- ❖ **Chevauchement des coordinations en raison des 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.

Recommandation

Favoriser la transversalité

Ces coordinations, bien que marquées par l'émergence de **dispositifs généralistes** (parcours de soins coordonné, maisons de santé, réseaux polyvalents...), ne répondent "pas encore assez" à un objectif de **coordination transversale** selon l'IGAS. L'Inspection estime qu'il faut aller d'avantage vers une « *prise en charge globale et pluridisciplinaire* ».

Le coût :

- ❖ Ces coordinations **finissent par être redondantes** les unes par rapport aux autres, ce qui entraîne un **coût important**⁶ pour les finances publiques : l'Etat, les collectivités locales et la sécurité sociale (300 millions pour les dispositifs, 600 millions pour les forfaits versés aux professionnels de santé ...).
- ❖ Les financements sont eux-aussi organisés en silos c'est-à-dire qu'il n'y a pas de transversalité.
- ❖ Exemples de financement :
 - Les réseaux sont principalement financés via le Fond d'Intervention Régional (FIR).
 - Les MAIA sont financées par l'ARS sur la base de crédits alloués pour partie par le CNSA et pour partie par la DGOS. Cependant la dotation de la CNSA ne couvre jamais l'intégralité des coûts d'une MAIA qui a besoin de partenariats pour couvrir l'intégralité de ses frais.

Recommandation

Une réorganisation du système actuel basé sur une élimination des doublons et une transversalité des compétences permettrait de rationaliser les coûts.

⁶ Les chiffres avancés ne sont qu'une approximation liée à l'absence de données nationales exhaustives ou d'évaluations, notamment médico-économiques.

Une information et une implication des médecins trop faible

Selon l'inspection, **les médecins de premier recours sont trop peu informés et impliqués** dans le suivi des patients. Alors que c'est au contraire un soutien accru à ces derniers qui doit leur permettre 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.

Recommandations :

Donner aux médecins un rôle central

Initiative
du
médecin
traitant

- Déclenche la coordination
- Bénéficie du respect de son choix d'exercice
- Est rémunéré pour son rôle de coordinateur

Figure 4: « Une nouvelle organisation reposant sur l'initiative des médecins »

L'inspection insiste sur l'importance de confier au **médecin de premier recours**, "et à lui seul", la décision du **déclenchement de la coordination**, "au cas par cas".

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.

II. Le rôle des ARS

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.

Recommandations

Confier une **nouvelle mission aux agences régionales de santé (ARS)** "d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes".