

Annexe 1

État des lieux des dispositifs de coopération

1. La coordination par le médecin traitant.....	2
2. La profession d'infirmier ou d'infirmière	6
3. Le regroupement de professionnels de santé.....	7
4. La délégation entre professionnels de santé	18
5. Asalée	22
6. La coordination clinique de proximité	24
7. Sophia.....	26
8. L'hospitalisation à domicile.....	28
9. La télémédecine, lien entre ville et hôpital.....	32
10. La filière de soins gériatriques	35
11. Les expérimentations prévues par l'article 70 de la LFSS pour 2012	38
12. La permanence des soins entre la ville et l'hôpital	42
13. Le programme de retour à domicile de l'assurance maladie (PRADO).....	44
14. les hôpitaux de proximité.....	46
15. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	47
16. Les CLIC et les MAIA	49
17. Les réseaux de santé	51
18. ARESPA	53
19. La coordination territoriale d'appui	55
20. Le médecin coordonnateur d'EHPAD.....	57

1 LA COORDINATION PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Le médecin de premier recours s'est vu progressivement confier deux missions, parfois confondues. La première consiste à coordonner les interventions des professionnels de santé pour l'ensemble des patients ; la seconde s'adresse aux seuls malades chroniques pour qui il s'agit d'organiser les soins de premier recours, en coopération avec les autres professionnels de santé. Cette seconde mission est apparue très récemment.

1.1 LE RÔLE DE COORDINATION DU MÉDECIN TRAITANT DANS LE PARCOURS DE SOINS

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont l'article 7 lie la coordination des soins et la désignation par chaque assuré d'un médecin traitant. Le respect de ce parcours conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé pour le patient et permet la cotation par le médecin d'une majoration de coordination¹.

Ce parcours coordonne les interventions du médecin traitant, chargé d'orienter le patient dans le système de soins et du médecin spécialiste « correspondant »², dans le cadre d'un plan de soins, d'une séquence de soins ou d'un protocole de soins pour les patients en ALD. Dans le parcours, le médecin consulté doit procéder à un retour d'information vers le médecin traitant du patient.

Ce dispositif non obligatoire mais comportant de fortes incitations financières pour le patient a permis la désignation d'un médecin traitant par 90 % des assurés et la réalisation de plus de 90 % des consultations médicales dans le parcours de soins³.

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

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- 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
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- 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 ;
- apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Le **médecin correspondant** (article 13-1 de la convention médicale) a notamment pour mission de:

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant en application de l'Article 12.1 ;

¹ Majoration de 3 € pour un médecin généraliste

² Mis à part les spécialistes d'accès direct (gynécologue, psychiatre et neuropsychiatre, stomatologue, ophtalmologue)

³ Source : CNAMTS, cité dans le rapport annuel 2013 de la Cour des comptes

- contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée en relation avec le médecin traitant ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, tous les éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

Le forfait ALD modifié pour prendre en compte le rôle du médecin traitant

Pour les patients en ALD, l'établissement, par le médecin, du document définissant l'étendue de la prise en charge à 100 % a été confiée en 1983 au médecin (Protocole Inter Régime d'Examen Spécial - PIREs). Jusqu'à la loi relative à l'assurance maladie, la rédaction de ce protocole était rémunérée par un forfait de 2,5C, soit 50 €.

La loi de 2004 a modifié ce forfait, réservé au médecin traitant et désormais comptabilisé en stock et non en flux. Le montant du forfait a été fixé par la convention médicale du 12 janvier 2005 à 40 € par patient en ALD par an.

1.2 UN DISPOSITIF SPÉCIFIQUE POUR LA COORDINATION EN VILLE DES SOINS PALLIATIFS

L'avenant n° 12 du 3 juin 2003 à la convention des médecins généralistes a mis en place un dispositif de coordination pour la prise en charge, par les médecins généralistes, des patients bénéficiant de soins palliatifs. En contrepartie de la signature d'un contrat de santé publique, la participation du médecin généraliste au travail d'une équipe pluridisciplinaire lui ouvre les rémunérations suivantes (qui continuent de s'appliquer à ce jour) :

- pour le médecin délivrant les soins : un forfait mensuel de participation à la coordination de 40 € s'ajoutant à la rémunération à l'acte des soins, ou à un forfait mensuel de soins fixé à 90 € ;
- pour le médecin assurant la coordination, une rémunération forfaitaire mensuelle de 80 € (non cumulable avec le forfait de participation à la coordination).

1.3 LE RÔLE DE COORDINATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE, AFFIRMÉ DANS LA DÉFINITION DU PREMIER RECOURS

La loi « hôpital, patients, santé territoires »⁴ précise la mission du médecin de premier recours, coordination et organisation de la prise en charge des malades chroniques en coopération avec les autres professionnels.

On notera que la coopération des professionnels n'est mentionnée par la loi que pour les malades chroniques, les autres patients bénéficiant aux termes de celle-ci de soins coordonnés.

Le médecin de premier recours doit par ailleurs contribuer à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé.

⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Art. L. 4130-1 du code de la santé publique

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

1.4 LA COORDINATION DES SOINS, PRISE EN COMPTE DANS LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS ET LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

La rémunération sur objectifs de santé publique mise en place par la convention médicale du 26 juillet 2011 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 ».

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 comorbidité ;
- 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).

Au total, on peut relever le cumul de nombreuses rémunérations complémentaires qui sont plus ou moins liées à des tâches de coordination, en lien avec l'âge, la chronicité ou la complexité des pathologies.

Résumé des dispositifs conventionnels de rémunération accessoire

Option démographie pour médecins de secteur 1 ou contrat d'accès aux soins (CAS) en groupe ou pôle, en zone sous dense (2/3 activité, installé dans la zone ou à proximité immédiate).

Contreparties : majoration 20 % activité (plafonné) + aide investissement (5000 € en groupe, 2500 € en pôle).

Engagements du médecin :

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du groupe ou du pôle de santé, pour répondre aux besoins de soins de la patientèle ;
- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou de paramédicaux ;
- participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale.

Option santé solidarité territoriale pour médecins de secteur 1 ou CAS

Engagements du médecin : exercer au minimum 28 jours par an (3 ans) en zone sous dense

Contreparties majoration 10 % activité (plafonné) et prise en charge des frais de déplacement.

Permanence des soins :

- Forfaits de régulation et d'astreintes cf. cahiers des charges régionaux de la permanence des soins ambulatoire (PDSA)
- Majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins libéraux dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires.

Synthèse du dossier médical

Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.). Il est en mesure à partir de ce dossier d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné. Contreparties incluses dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Participation à Sophia, dispositif de suivi des patients diabétiques : 1C par questionnaire médical

Forfait ALD (rédaction et actualisation du protocole de soins) : 40 € / an / patient en ALD)

Forfait Médecin traitant : 5 € / an / patient hors ALD

Majoration de coordination pour le médecin correspondant : 3 € / par CS dans le parcours de soins

Majoration patients âgés (de plus de 80 ans à partir du 1er juillet 2014) : 5 €

Consultation longue (2C)

- pour le suivi des patients insuffisants cardiaques ayant subi une hospitalisation
- pour le suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité

2 LA PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

Elle est définie par la délivrance de soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre (article L. 4311-1 du code de la santé publique)

Les **soins infirmiers** ont pour objet (article R. 4311-2) :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

On distingue la réalisation d'actes et soins :

- sur **prescription médicale** (écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment) ou dans le cadre de **protocoles** de soins (préétablis, écrits, datés et signés par un médecin) (R. 4311-7) ;
- sur prescription médicale (R. 4311-9) ;
- dans le cadre de protocoles de soins (entreprendre et à adapter les traitements antalgiques - R. 4311-8, accomplir les actes conservatoires des protocoles de soins d'urgence nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin - R. 4311-14) ;
- dans le cadre du **rôle propre** défini à l'article R. 4311-3 comme « les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes »
 - o actes de soins listés à l'article R. 4311-5,
 - o renouvellement de prescription de contraceptifs oraux (prescriptions médicales datant de moins d'un an),
 - o injection vaccin antigrippal (sauf première injection) (R.4311-5-1),
 - o soins d'urgence (hors protocoles) décision des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin, direction de la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état (R. 4311-14) ;
- la participation à la mise en œuvre par les médecins de certaines techniques (R. 4311-10).

En outre l'infirmier participe à des actions dans le domaine de la prévention, l'éducation à la santé, la formation ou l'encadrement (article R. 4311-15).

3 LE GROUPEMENT DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'objet de cette fiche est de rappeler les enjeux et bénéfices attendus du regroupement des professionnels de santé pour ensuite en décrire les modalités de développement.

Cette fiche porte sur la coordination ou la coopération sous l'angle de la médecine de premier recours, centrée sur le patient. Ceci implique de se limiter aux dispositifs qui incorporent l'exercice professionnel principal d'au moins un médecin généraliste libéral. Les modes d'exercice plus accessoires (vacations à l'hôpital, remplacement, etc.) ou les regroupements d'autres professionnels sans médecin généraliste, s'ils peuvent être riches d'enseignements comparatifs, ne sont pas étudiés en tant que tels.

3.1 LES AVANTAGES DU TRAVAIL MÉDICAL EN ÉQUIPE

3.1.1 LE GROUPEMENT DE PROFESSIONNELS POUR STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Le regroupement pluriprofessionnel est lié à la question de la répartition des tâches et du transfert de compétences, évoqués par le HCAAM dès son rapport de 2005. La comparaison avec les expériences étrangères, résumée par l'IRDES et rapportée dans le rapport de 2007, a permis de distinguer les enjeux de la coopération entre médecins et infirmières :

- l'extension de l'offre de services à la population, par une diversification de l'activité infirmière (modèle dit de diversification) ; ces services ont pour objectif d'améliorer la rapidité et l'orientation dans la réponse à la demande de soins, par exemple par une évaluation médico-sociale, d'assurer un meilleur suivi pour les malades chroniques, de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique ou de « *disease management* » ; cette diversification n'est toutefois pas systématiquement associée à un regroupement physique (services à distance ou à domicile) ;
- le transfert d'activité répond plus spécifiquement à des enjeux de rareté du temps médical disponible ; il peut être envisagé sous une forme classique, « l'infirmière clinicienne » spécialisée assurant, sur le modèle des pratiques hospitalières, des fonctions d'encadrement et d'analyse des situations complexes, ou sous une forme plus innovante, « l'infirmière praticienne », qui s'adresse directement à certains types de patients, dans le cadre de consultations impliquant la réalisation d'actes diagnostiques ou le transfert du droit de prescription. Cette dimension de la coopération pluriprofessionnelle repose sur la recherche d'une optimisation de l'utilisation de ressources médicales (« *skill-mix* ») face à une demande insatisfaite (files d'attente, comme pour les ophtalmologistes) ou en croissance (augmentation du nombre de malades chroniques).

Les travaux du Haut Conseil portant sur le vieillissement et la perte d'autonomie, à partir de 2010, ont permis de préciser les enjeux de l'exercice pluriprofessionnel pour la prise en charge des maladies chroniques. Pour les cas complexes liés aux polyopathologies ou aux situations de handicap, la coopération entre professionnels est indispensable pour organiser un travail autour de la personne. Le HCAAM a défini une fonction de coordination autour de la personne qui comprend une fonction de synthèse médicale, relevant en principe du médecin traitant et reposant sur des outils de

communication entre tous les professionnels concernés, et une fonction de « coordination soignante et sociale ».

Le regroupement des professionnels de santé permet également, sous certaines conditions, d'améliorer l'accès aux soins. Le regroupement pluriprofessionnel sur un même site permet d'élargir les horaires d'ouverture et la gamme des services offerts aux patients en un lieu unique. Ces bénéfices ne sont pas intrinsèques au travail en équipe, mais peuvent être envisagés dans le cadre d'une relation contractuelle avec les autorités chargées de l'organisation des soins, autour d'un projet de santé (comme en maison de santé pluriprofessionnelle) ou d'un objet particulier (comme en maison médicale de garde). Le rapport de 2007 du HCAAM sur les médecins avait ainsi envisagé la définition d'un « cahier des charges listant les services à rendre à la population en soins primaires en termes de volumes d'actes ou d'objectifs de processus » permettant de « laisser de la marge de manœuvre aux acteurs professionnels pour se répartir les tâches en fonction des ressources et des compétences ».

3.1.2 L'ATTRAIT D'UN TRAVAIL EN ÉQUIPE POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Du point de vue des offreurs de soins, l'intérêt le plus évident du regroupement provient de la mutualisation des charges, en premier lieu celles liées aux investissements, matériels ou immobiliers. La constitution en société civile pourvoit de longue date à ce type de mutualisation, qui implique un partage de ressources (utilisation d'un équipement, partage de locaux tels qu'une salle d'attente), sans pour autant nécessiter la mise en place d'un travail en équipe.

L'installation de médecins libéraux en cabinet de groupe a également un intérêt pour la mise en commun d'un secrétariat. Le poste de secrétariat médical constitue une charge nette dans la mesure où une telle embauche reste facultative en exercice isolé, ou même regroupé. Selon une étude de l'IRDES⁵, les médecins généralistes consacrent 12 % de leur temps de travail à des activités administratives, la tenue de l'agenda ou même l'entretien du cabinet. La charge de l'embauche d'un secrétariat médical peut donc être compensée par une transformation de ce temps de travail, soit pour une réduction de la durée totale de travail du médecin, soit pour l'accroissement de ses revenus par une augmentation de l'activité médicale à due concurrence. D'après des travaux réalisés en 2013 par la CNAMTS, le seuil de rentabilité d'une telle embauche se situerait à 0,75 équivalent temps plein de secrétariat, partagé entre trois médecins.

Au partage du secrétariat s'ajoute la possibilité de recourir à un remplacement entre les membres du cabinet médical, sans la rémunération et les coûts de transactions liés à une intervention extérieure.

Dans une optique plus qualitative, la coopération entre pairs et le travail en équipe pluriprofessionnelle peuvent également améliorer la pratique médicale, au bénéfice des professionnels de santé. D'une part, l'appui de confrères, dans des situations difficiles, permet au médecin libéral de bénéficier de l'avis ou des conseils d'un pair, de confronter les pratiques ; de l'autre, le travail en équipe permet la constitution de spécialisations informelles entre médecins généralistes, qu'elles soient ou non sanctionnées par des diplômes dans le cadre de la formation médicale continue, par exemple.

⁵ IRDES, Questions d'économie de la Santé n°144, Le temps de travail des médecins généralistes, juillet 2009

Enfin, le regroupement a également un attrait dans le contexte particulier des zones à faible densité médicale. En analysant l'implantation et les effets des maisons et pôles de santé⁶, l'IRDES a relevé que ce type particulier de regroupement permet à la fois d'attirer des professionnels dans ces zones et de faciliter l'exercice des généralistes déjà installés (moindre diminution de la densité médicale). La présence d'une telle structure constitue pour les médecins qui exercent à proximité une « externalité positive », du fait de sa participation à la permanence des soins et de la mise à disposition, le cas échéant, d'un plateau technique.

3.2 LES MODALITES DE REGROUPEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

3.2.1 LE DEVELOPPEMENT DE L'EXERCICE REGROUPÉ EN VILLE

Le travail en équipe est en train de devenir le mode d'exercice de référence pour les médecins libéraux. Cette évolution vers un exercice moins isolé a été abondamment commentée⁷.

Les analyses de l'IRDES, fondées sur le baromètre santé de l'INPES pour les médecins généralistes de secteur 1⁸, témoignent de la dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux. Le regroupement est devenu le mode majoritaire d'exercice des généralistes de secteur 1, concernant 54 % de ces médecins en 2009 contre de 43 % en 1998. Cette dynamique est particulièrement marquée pour les moins de 40 ans dont le taux de regroupement est passé de 49 % en 1998 à 77 % en 2009. Les trois quarts de ces regroupements sont « mono-professionnels », entre seuls médecins, généralistes ou spécialistes.

Le développement d'un exercice regroupé tend également à rapprocher la situation des médecins généralistes de celle des autres spécialités, notamment celles, plus techniques, qui nécessitent le partage de la charge d'équipements onéreux. Ainsi, l'exercice regroupé en libéral était déjà majoritaire en 2004 chez les ophtalmologues, chirurgiens, cardiologues, gastro-entérologues, pneumologues, anesthésistes et concernait 80 % des radiologues⁹, dont le « mode de production » de soins implique, le plus souvent, une collaboration pluri-professionnelle (manipulateurs en électroradiologie médicale). Chez les paramédicaux, la pratique du regroupement mono-professionnel ou pluri-professionnel, est également assez répandue ; ainsi, la grande majorité des infirmières libérales exercent de façon regroupée pour assurer la continuité des soins¹⁰.

Le Haut Conseil s'était penché en 2007, dans son rapport sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux, sur des éléments de comparaisons internationales rapportées par l'IRDES¹¹. Le HCAAM relevait notamment que le regroupement des professionnels de santé s'inscrit en général, à l'étranger, dans un projet plus vaste d'organisation des soins primaires et qu'il peut, dans cette perspective, favoriser une plus grande efficacité de la médecine de ville.

⁶ IRDES, Questions d'économie de la Santé, n°189, L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins, juillet-août 2013, n°190, Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux, septembre 2013

⁷ Voir, par exemple, le rapport 2006-2007 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

⁸ IRDES, Questions d'économie de la Santé n°157, septembre 2010

⁹ DREES, Études et résultats n°314, juin 2004, source enquête sur l'organisation en groupe des médecins (Drees-Cnamts)

¹⁰ DREES, Daniel SICART (Drees), Les professions de santé au 1er janvier 2013, Document de travail, Série statistiques, n° 183, août 2013

¹¹ Repris ensuite in HAS, Rapport du Groupe de travail sur les « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », décembre 2007 – Contribution n°2 (Bourgueil, Chambaretaud, Marek, Mousquès)

3.2.2 L'EXERCICE REGROUPÉ MONOPROFESSIONNEL

L'exercice regroupé de professionnels libéraux peut prendre plusieurs formes juridiques, allant de la simple mise en commun de locaux à un « mode de production » entièrement intégré qui peut impliquer des relations de salariat (comme au sein d'un cabinet de radiologie par exemple).

Regroupement n'est pas synonyme de coordination ni de coopération et il semble hasardeux d'établir une corrélation générale entre la structure juridique de regroupement et la densité de la coordination ou de la coopération reliant effectivement les différents professionnels qui la composent, qui dépend avant tout de la volonté des associés, de l'existence d'un projet à dimension interne (médicale et organisationnelle) et externe (vis-à-vis des interlocuteurs et financeurs publics).

Les structures juridiques d'exercice en groupe

Il existe deux grandes formes juridiques de sociétés pour les médecins :

- Les sociétés de moyens, comme les sociétés civiles de moyens (SCM) et les groupes d'intérêt économique (GIE, qui, à la différence de la SCM, ne peut pas faire de bénéfice), permettent la mise en commun du matériel, du personnel et des locaux professionnels.
- Les sociétés ou groupements d'exercice permettent la mise en commun non seulement des moyens mais aussi de leur exercice professionnel. Il s'agit d'une véritable intégration, qui se traduit notamment par une mise en commun des fichiers de clientèle, une spécialisation de l'exercice ou une mise en commun (partielle ou totale) des honoraires.

Ces groupements d'exercice peuvent prendre la forme de

- sociétés de personnes : groupement de fait ou société civile professionnelle (SCP). De par sa personnalité morale, la SCP devient membre de la profession, inscrite à l'Ordre des médecins et censée exercer la profession. Les associés ne cessent pas pour autant d'être membres de la profession, mais sont considérés comme cessant d'exercer à titre individuel. La SCP encaisse l'ensemble des honoraires représentant l'activité de ses membres et en supporte l'intégralité des charges.
- sociétés de capitaux : sociétés d'exercice libéral (SEL), qui permettent aux médecins de disposer de capitaux et du statut social de salarié.

Ces structures de regroupement peuvent se cumuler : une SCP de médecins, par exemple, peut être membre d'une SCM ou d'un GIE. Elles concernent également les regroupements de paramédicaux.

3.2.3 LES STRUCTURES DE REGROUPEMENT PLURIPROFESSIONNEL

Les regroupements pluriprofessionnels en ambulatoire ont historiquement pris des formes diverses, conséquences des nombreuses expériences locales, issues d'initiatives philanthropiques ou sociales, d'établissements confessionnels ou de santé publique. Ces initiatives ont été encouragées de longue date par les pouvoirs publics, notamment au niveau communal, dans une perspective d'aménagement du territoire, particulièrement dans des zones à faible densité médicale.

Ce n'est toutefois que récemment que s'est affirmée une politique de structuration de cette offre de soins de ville, avec la reconnaissance du rôle spécifique des regroupements pluriprofessionnels dans l'organisation de la médecine de premier recours.

Il existe trois différentes formes légales de regroupements pluriprofessionnels que sont les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP), les pôles de santé et les centres de santé. Les centres se

singularisent par le salariat médical. Les maisons et les centres de santé partagent trois caractéristiques essentielles :

1. elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales ;
2. elles sont constituées entre des professionnels médicaux et des paramédicaux et peuvent associer des personnels médico-sociaux ;
3. les professionnels médicaux et paramédicaux qui y exercent élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné, conforme aux orientations des schémas régionaux d'organisation des soins.

3.2.3.1 LES MAISONS DE SANTÉ RÉUNISSENT DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX

La définition légale des maisons de santé a été inscrite dans le code de la santé publique par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR, cf. *infra*).

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

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

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.

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.

Pour bénéficier d'aides financières à l'investissement ou au fonctionnement de la part des Agences régionales de santé (ARS), les MSP doivent répondre à un cahier des charges élaboré par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), portant sur l'adéquation du projet aux besoins de santé du territoire, sur le projet professionnel, l'organisation interne du travail et l'organisation de la prise en charge des patients.

Fin 2013, selon les données de la DGOS on comptait environ 370 MSP, regroupant environ 1300 médecins généralistes, 1500 infirmiers, 600 masseurs-kinésithérapeutes, 200 autres médecins, 200 dentistes et 600 autres professionnels de santé.

Le développement des MSP est actuellement dynamique, leur implantation en zone rurale et périurbaine complète et améliore l'offre locale de soins ambulatoires¹². Pour autant, ces structures ne sont pas forcément adaptées à l'ensemble du territoire :

¹² IRDES, Questions d'économie de la Santé, n°189, L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins, juillet-août 2013, n°190, Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux, septembre 2013

- en zone de « désert médical », le regroupement de professionnels isolés permet de fixer des professionnels sur ce territoire mais peut aussi éloigner encore plus, paradoxalement, les soignants de la population ;
- en zone urbaine à plus forte densité médicale, le besoin de coordination autour du patient n'est pas moins fort, mais la réponse doit s'adapter à un contexte plus concurrentiel et à des coûts immobiliers élevés¹³.

3.2.3.2 LES POLES DE SANTÉ SONT DES REGROUPEMENTS TRÈS SOUPLES

Le pôle de santé est un regroupement entre des professionnels de santé et divers regroupements de professionnels ou d'établissements de santé. Il n'a pas de personnalité morale.

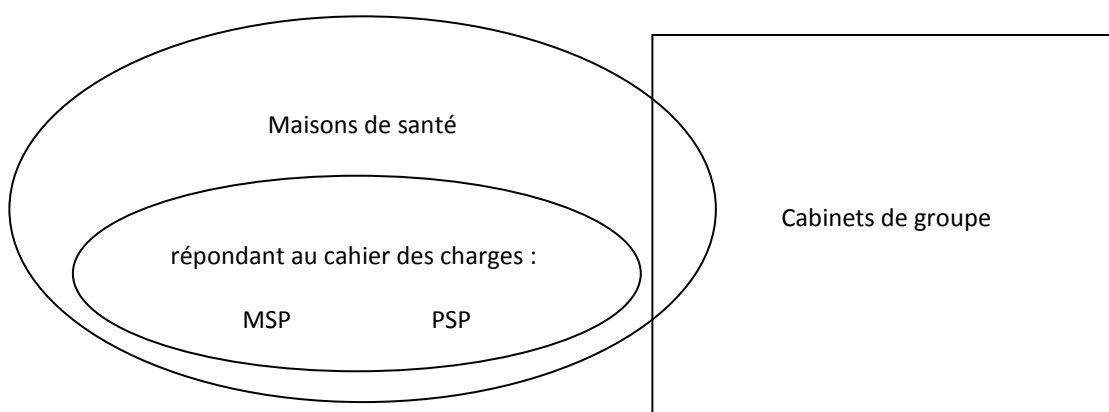
Pôles de santé : article L.6323-4 du code de la santé publique

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. 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.

Dans les faits, toutefois, l'appellation de pôle de santé correspond le plus souvent à des organisations de type maison de santé s'inscrivant dans une logique "hors murs" et ayant choisi la dénomination pôle de santé pour des questions de visibilité. Il s'agit bien dans ce cas d'une maison de santé au sens de l'article L.6323-3 du code de la santé publique, lequel n'impose pas en effet de regroupement physique "sous le même toit".

Dans son analyse, le secrétariat général retient la définition usuelle des pôles de santé, c'est-à-dire de maisons de santé « hors murs », la définition juridique actuelle apparaissant peu utile.

On peut schématiser ainsi l'articulation de ces structures de regroupement :



¹³ On peut relever toutefois l'existence de maisons de santé à Paris (notamment l'ouverture récente des MSP Michelet et Jean Jaurès, dans le 19^{ème} arrondissement)

3.2.3.3 LES CENTRES DE SANTÉ REGROUPEMENT DES PROFESSIONNELS SALARIÉS

Comme l'a rappelé récemment l'IGAS¹⁴, les plus de 1200 centres de santé recensés par la CNAMTS en 2012 constituent un ensemble hétérogène, tant du fait de leur activité (un tiers sont médicaux ou polyvalents, un autre tiers dentaires et le dernier tiers infirmiers) que par l'identité de leur gestionnaire (un tiers sont gérés par des associations, un tiers par des mutuelles, le reste se partageant entre des caisses de sécurité sociale, des établissements de santé, des collectivités locales ou d'autres organismes à but non lucratif). Les centres se distinguent des autres structures de regroupement en deux points principaux : la pratique du salariat et l'application de tarifs opposables.

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

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.

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.

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.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. (...)

La coordination des soins est intégrée dans le projet de santé des centres. L'accord national de 2003 entre l'UNCAM et les organisations représentatives des centres de santé en prévoit la rémunération, sous la forme d'un forfait ou option de coordination, fixée en fonction du nombre de patients (pour les centres médicaux et dentaires) ou de professionnels (pour les centres infirmiers). Cette option est cependant peu utilisée (les montants versés en 2012 par la CNAMTS représentent 5,5 % du coût théorique global pour l'option médicale et dentaire), hormis pour les centres infirmiers (66 % du coût théorique global pour la coordination de soins infirmiers). La lourdeur procédurale est invoquée pour expliquer ce faible recours (adhésion annuelle de l'assuré notamment).

D'une manière plus générale, une forme de coordination administrative et médicale est indissociable du mode de gouvernance spécifique des centres de santé. En dépit de cette unité de lieu et de cette communauté de gestion et de projet, les centres ne se caractérisent toutefois pas par une pratique plus coopérative entre professionnels.

Pour autant, les travaux sur le modèle économique des centres de santé¹⁵ incitent, au-delà des efforts de gestion et des adaptations de leur modèle de financement, à y expérimenter des modes d'organisation et de prise en charge des patients innovants, notamment ceux qui impliquent une plus grande coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux.

¹⁴ IGAS, les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain, juillet 2013

¹⁵ Travaux de l'association Coactis Santé pour le compte de la Fédération nationale de la Mutualité française menés en 2013 et mentionnés dans le rapport IGAS précité

3.2.3.4 L'EXPÉRIMENTATION DE NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION ENCOURAGE LE DÉVELOPPEMENT DES STRUCTURES DE REGROUPEMENT PLURIPROFESSIONNEL

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a introduit des dispositifs expérimentaux de rémunération « complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant » dans les maisons ou centres de santé. Les ENMR comportent trois modules :

1. le module 1 vise à rémunérer la coordination ; le forfait est calibré selon la taille de la structure (nombre de professionnels et de patients y ayant déclaré un médecin traitant) et valorisé selon le degré de réalisation d'objectifs de qualité des pratiques. Les premières évaluations ont toutefois montré que le calcul favorisait les plus grandes MSP plutôt que celles qui mettaient en œuvre le plus de coordination. En 2014, ce forfait évolue dans un sens plus qualitatif, pour tenir compte de la structuration des équipes et des services offerts aux patients. Le module 1 bis, ouvert aux nouveaux participants, prévoit ainsi un bonus modulé en fonction de critères de travail en équipe (élaboration, suivi et évaluation de protocoles pluriprofessionnels, accueil de stagiaires, échanges de documents de coordination avec l'hôpital), d'accès aux soins (ouverture hors horaires de PDSA, accueil des soins non programmés) et d'informatisation (partage d'information par un logiciel labellisé par l'agence des systèmes d'information partagés de santé - ASIP, production de listes de patients suivant des critères standards). En 2013, environ 7,5 M€ ont été versés au titre du module 1 à près de 150 structures (pour moitié des MSP, un quart des pôles et un quart des centres de santé) ;
2. le module 2 rémunère de nouveaux services aux patients, des séances d'éducation thérapeutique et, à partir de 2013, un dispositif de suivi global des cas complexes (protocole « ESPREC » de suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours). En 2013, près d'un million d'euros a été versé, au titre de ce module, à un peu plus de 70 structures.
Le protocole ESPREC met en place un suivi renforcé et coordonné pour des patients porteurs d'un cas complexe de pathologie chronique (diabète, pathologie cardiovasculaire ou fragilité de la personne âgée). Un des professionnels de l'équipe, comprenant un médecin, un infirmier et un pharmacien, est désigné comme référent et peut faire intervenir d'autres professionnels. Le financement prévu consiste en frais de formation et en un forfait de coordination de 250 € par an par patient suivi, s'ajoutant aux honoraires des professionnels.
3. le module 3 rémunère la délégation d'actes dans le cadre d'un protocole de coopération entre médecins et infirmiers. Ce module finance en 2013 67 équivalents temps plein infirmiers de l'association ASALEE¹⁶ (Action de Santé Libérale en Équipe), auxquels s'ajoutent en 2014 100 nouveaux équivalents temps plein, pour un coût global d'environ 13 M€.

L'intérêt des ENMR consiste avant tout en la mise en place d'une rémunération collective, orientée pour accompagner et encourager le développement d'un travail collaboratif en structure pluriprofessionnelle. Les modalités de sa répartition entre les membres de la structure ne font pas l'objet d'un cadrage national mais sont décidées par les bénéficiaires.

En outre, cette rémunération collective a impliqué la création de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoire (SISA), régime ad hoc de regroupement.

¹⁶ Cf. fiche sur l'action de l'association ASALEE

La SISA

Instaurée en 2011 et mise en pratique depuis 2012, la SISA permet d'associer des médecins, paramédicaux ou pharmaciens (un SISA comporte au moins deux médecins et un paramédical), personnes physiques qui peuvent exercer par ailleurs en SCP ou en SEL. La SISA peut percevoir directement des honoraires. La SISA ne se substitue pas aux formes existantes mais permet la rémunération collective d'un travail en équipe, tout en préservant l'exercice libéral de ses membres.

Cette démarche est expérimentale et touche un faible nombre de patients. Elle devait s'achever fin 2013 et a été prolongée d'un an par la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Son extension et sa pérennisation, totale ou partielle, constitue l'un des principaux enjeux de la négociation en cours au niveau conventionnel sur la rémunération d'équipe.

Ces annexes sont établies sous la responsabilité du secrétariat général du HCAAM, elles n'engagent pas le Haut Conseil

Cabinets de groupe	Références	Statuts		Membres	Pluriprofessionnel	Honoraires
Société civile immobilière (SCI)	Articles 1845s code civil	Groupements de moyens	Responsabilité conjointe	Personnes physiques ou morales	Possible	Pas de mise en commun
Société civile de moyens (SCM)	Articles 1845s code civil Loi 66-879		Responsabilité indéfinie et solidaire But économique, mais pas de bénéfice pour lui-même			
Groupement d'intérêt économique (GIE)	Articles 251-1s code du commerce					
Contrat d'exercice libéral (collaboration libérale)		Groupements d'exercice sans personnalité morale (contrat d'exercice conjoint)		Médecins	Non, même discipline	Propres à chaque professionnel
Contrat d'exercice en commun (collaboration salariée)					Possible après accord de l'ordre (éviter le compéragé, article R.4127-23 CSP)	Versés à l'employeur
Société civile professionnelle (SCP)	Articles 1845s code civil Loi 66-879	Groupements d'exercice avec personnalité morale	Société de personnes, chaque associé dispose d'une voix pour voter Responsables indéfinie et solidaire	Personnes physiques seulement (ou SCP)	Non, même profession (MG & MS possible)	Mise en commun
Société d'exercice libérale (SEL)	Loi 90-1258 Articles R. 4113-1s CSP		Société de capitaux (ouverture du capital max 25%) SELARL ou SELURL, SELAFA (à forme anonyme), SELCA (en commandite par actions), SELAS (par actions simplifiée) Responsabilité limitée et conjointe	Majorité capital & droits de votes détenue par des médecins y exerçant effectivement (ou par des sociétés de participations financières de professions libérales, dont c'est l'objet exclusif) Multisite facilité depuis décret 2012-884	Non, même profession	
Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)	Articles L.4041-1s CSP (loi Fourcade)	Moyens + Exercice	Responsabilité personnelle des associés, pas de responsabilité civile de la SISA	Personnes physiques seulement, qui peuvent exercer en SCP/SEL par ailleurs	Requis : professions médicales, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (au moins 2 médecins et 1 auxiliaire médical)	Possibilité rémunération directe à la SISA

Ces annexes sont établies sous la responsabilité du secrétariat général du HCAAM, elles n'engagent pas le Haut Conseil

Regroupements	Type professionnels	Statut regroupement	Nombre structures	Sources financement	Répartition rémunération
Centres de santé (CDS)	salariés, y compris médecins (CSP L6323-1)	créés et gérés par des organismes à but non lucratif (associations 33%, mutuelles 32%, caisses de sécurité sociale 12%, autres 7%), soit par des collectivités territoriales (7%), soit par des établissements de santé (9%) CSP L6323-2 projet de santé	1220 (fin 2012), 34% centres médicaux/polyvalents, 36% dentistes, 30% infirmiers	recettes AMO/AMC pour le centre pas de rému forfaitaires pour les médecins, mais option de coordination (peu utilisée, 15 M€ en 2012) FIR+ENMR 1 (36 sites)+ENMR 2 (15 sites)	salariat, pas uniforme (fix, part variable ou même intégralement lié au volume d'actes)
Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)	professionnels médicaux (MG, MS, dentistes...) auxiliaires médicaux (MK, IDE...) pharmaciens	association + société civile de moyen (SCM) ou immobilière (SCI) ou groupement d'intérêt économique (GIE) / Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) CSP L6323-3 projet de santé	369 (décembre 2013) 1291 MG, 1472 IDE, 591 MK	FIR+ENMR 1 (70 sites)+ENMR 2 (25 sites sur ETP, 3 sites sur ESPREC-Suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours) au moins deux MG et au moins un paramédical (pour financements)	honoraires, choix des membres pour les ENMR (versés à la structure)
Pôles de santé (PDS)	professionnels de santé MSP, CDS, réseaux Etablissements de santé et médico-sociaux Groupements de coopération sanitaire (GCS) et médico-sociale (GCSMS)	pas de forme juridique propre (= MSP multi-site) CSP L6323-4 pas de projet de santé		FIR+ENMR 1 (37 sites)+ENMR 2 (15 sites sur ETP, 3 sites sur ESPREC)	honoraires, choix des membres pour les ENMR (versés à la structure)
Réseau	professionnels de santé libéraux médecins du travail Etablissements de santé Groupements de coopération sanitaire Centres de santé institutions sociales ou médico-sociales organisations à vocation sanitaire ou sociale représentants des usagers	pas de forme juridique propre dans le cahier des charges	681 réseaux en 2012, 2100 EqTP en 2011	FIR (159 M€ en 2012 : FIQCS & FIR), avec convention de financement de durée variable (env. 2 ans en moyenne), inclut dérogations tarifaires éventuelles (15M€ en 2011) + ENMR 2 (2 sites sur ETP, 1 site sur ESPREC)	
Maisons médicales de garde (MMG)	Médecins libéraux	Pas de statut spécifique - objet limité à PDSA	369 (1/4 des secteurs de garde) - 170 aidées par le FIQCS en 2011	Subvention FIR (8M€ en 2011) + rému PDSA dans le FIR	
Asalee	1 infirmière pour au moins 4 médecins (seuls, en cabinet de groupe ou MSP)	Association (nationale) + société civile de moyen (SCM), société civile de personnes (SCP), maison de santé pluri-professionnelle (MSP) / Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)	150 sites sur 16 régions (nov. 2013); 335 médecins, 120 infirmiers	ENMR 3 -67 EqTP (2ème vague 100 EqTP prévue 2014)	salariat pour l'infirmière, rémunération MG pour la concertation; 80 K€ par EqTP infirmier
Arespa	12 coordinatrices d'appui	Réseau libéraux à l'origine (asso)	1	FIR	

4 LA DÉLÉGATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La délégation d'activité entre professions médicales et paramédicales est étudiée dans le cadre des travaux sur la coopération entre professionnels de santé, particulièrement depuis le rapport Berland de 2003¹⁷. Le terme de coopération ou « nouvelles coopérations » est parfois utilisé comme synonyme de délégation, comme si les autres pratiques collectives de coopération, au sens de travailler ensemble n'avait pas d'existence. Il est proposé de garder au mot coopération son sens usuel et de parler de délégation d'actes ou d'activité.

4.1 LES TYPES DE DÉLÉGATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En 2007, les réflexions du groupe de travail de la Haute autorité de santé (HAS) portant sur les enjeux de la coopération, entendue comme délégation, dans les domaines économique, juridique et de la formation. Ces travaux ont mis en perspective les expériences étrangères dans le domaine et proposé une typologie.

On peut retenir deux modèles de délégation, qui sont en général imbriqués et rarement purs :

- un modèle de « substitution », qui répond à une problématique de rareté (du temps médical) et d'efficacité (réallocation dans la « fonction de production » des soins, ou *skill mix*) ;
- un modèle de « diversification », qui vise l'amélioration des services rendus ou de l'orientation des patients.

La délégation peut porter sur :

- un acte, qui ne figure pas dans les attributions juridiques d'un paramédical (« décrets de compétences ») mais peut faire partie de ses attributions pratiques, qu'elles soient exercées isolément ou en équipe. L'encadrement juridique d'une telle délégation du médecin permet de couvrir ces pratiques, notamment au regard de la responsabilité juridique ;
- un segment de prise en charge, qui fait intervenir conjointement médecin et paramédical dans un cadre protocolisé. Ces segments concernent la promotion de la santé (éducation thérapeutique, dépistage ou bilan), le suivi des pathologies chroniques ou la mise en place de consultations infirmières de première ligne.

Les enjeux de ces délégations diffèrent fortement selon le cadre d'exercice professionnel du délégant et du délégué, qui influent sur la nature de leur relation professionnelle (hiérarchique ou contractuelle), et sur la rémunération à mettre en place pour la financer :

- ils peuvent être tous deux salariés d'un établissement de santé ;
- le paramédical peut être salarié ou subordonné à un médecin, lui-même salarié ou libéral ;
- les deux peuvent exercer en libéral.

¹⁷ Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003

4.2 L'EXPÉRIMENTATION DES DÉLÉGATIONS ISSUES D'INITIATIVES LOCALES

Cinq expériences de délégation ont été mises en place à la suite du rapport Berland¹⁸. La démarche a ensuite été reprise dans un cadre plus général aux articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique.

Les cinq expérimentations « Berland »

- Infirmière experte en hémodialyse
- Suivi des patients traités pour une hépatite chronique C par une infirmière experte
- Coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecins radiothérapeutes
- Collaboration Ophtalmologiste/Orthoptiste en cabinet de ville
- Coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2

On compte aujourd'hui, d'après le site collaboratif « COOP-PS » mis en place par le secrétariat général des ministères sociaux, 21 protocoles différents validés par la HAS en avril 2014, dont on peut tirer le bilan global suivant (sous réserve de l'exhaustivité de la transmission par les ARS) :

- Le nombre de protocoles autorisés varie fortement selon les régions : de 14 protocoles différents en Ile de France ou en Alsace à un seul en Champagne-Ardenne ou Poitou-Charentes.
- Un protocole spécifique est ouvert dans presque chaque région (Asalée), d'autres dans une dizaine (protocoles Berland de radiothérapie et des orthoptistes), tandis que certains n'ont pas dépassé les frontières de leur région d'origine. Au total, ces 21 protocoles représentent près de 100 expérimentations régionales.
- La majorité des protocoles concerne l'hôpital, 6 protocoles sur 21 concernent la ville, 4 s'appliquent en ville et à l'hôpital.
- La moitié des protocoles concerne des actes, qui sont délégués aux paramédicaux (orthoptiste, manipulateur radio ou infirmier), l'autre consiste en consultations plus ou moins autonomes de paramédicaux (orthoptiste et surtout infirmier).
- L'enjeu principal des 2/3 de ces protocoles est la gestion du temps médical (substitution), la mise en place d'un suivi médical, assimilable à des nouveaux services vient en second (diversification, 6 protocoles). Un quart des protocoles concerne les maladies chroniques (surtout le diabète).

La procédure d'expérimentation des protocoles de délégation

Les professionnels de santé proposent à l'ARS un protocole d'expérimentation, par une lettre d'intention (comportant leur nom, les besoins à combler, la profession des délégants et délégués, les objectifs, les actes dérogatoires, les lieux de mise en œuvre) ; l'ARS vérifie son adaptation à des besoins locaux. En cas d'accord de l'ARS, les promoteurs remplissent et transmettent la grille d'analyse du protocole (qui contient, en plus, les références, type de patients concernés, modalités d'information des patients, de formation, d'intervention du délégant, de suivi, de retour d'expérience, de traçabilité et d'archivage, les systèmes d'information et la description du processus) et des pièces complémentaires, dont les déclarations d'engagement des professionnels.

¹⁸ Rapport de l'ONDPS, cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé, juin 2006

L'ARS soumet alors le projet à la HAS (saisine pour avis conforme) et saisit en même temps l'URPS concernée et l'Union nationale des professions de santé (UNPS) pour information; l'arrêté d'autorisation éventuel doit être signé dans les deux mois suivant l'envoi la transmission d'un dossier complet. Selon l'avis de la HAS, après levée des éventuelles réserves, le directeur général de l'ARS prend un arrêté d'autorisation, informe l'Ordre des médecins et l'Union régionale des professions de santé (URPS).

Ultérieurement, d'autres professionnels peuvent demander à l'ARS d'adhérer au protocole. Si celui-ci est autorisé dans la région, l'ARS demande l'avis de la HAS et peut accorder son autorisation aux professionnels sans prendre d'arrêté supplémentaire. Si le protocole est autorisé dans une autre région, l'ARS vérifie l'adéquation à des besoins régionaux, ne demande pas l'avis de la HAS et, le cas échéant et sous deux mois, le directeur général de l'ARS prend un arrêté d'autorisation.

Une procédure d'extension est prévue pour les protocoles à dimension nationale, qui entraîne l'intégration des pratiques protocolisées à la formation initiale ou au développement professionnel continu.

Cette procédure vise à concilier le caractère ascendant des initiatives et la sécurisation juridique de pratiques existantes. Elle paraît néanmoins excessivement lourde, tant à cause du passage répété devant la HAS que par la répétition de procédures dans chaque région, l'ARS jouant un rôle de verrou pour les expérimentations qui sollicitent des financements régionaux. Cette procédure est révisée par la LFSS pour 2014.

On ne dispose pas d'un bilan quantitatif de la pratique et des effets de ces protocoles. Concernant les expérimentations en ville, toutefois, on peut relever la modestie des changements de pratiques induits (à l'exception d'Asalée, cf. fiche correspondante) :

- Les délégations de l'ophtalmologiste à l'orthoptiste (déjà prévues dans le rapport Berland) constituent une réponse partielle à une pénurie d'offre affectant cette spécialité, la dérogation concerne le droit de prescription plus que la pratique d'actes qui sont déjà de la compétence des orthoptistes. Dans certains protocoles, la validation par l'ophtalmologue se fait a posteriori, la dérogation aux compétences respectives est donc en réalité très limitée.
- Les délégations du radiologue au manipulateur radio (également dans le rapport Berland) concernent surtout l'échographie, qui est explicitement exclue du décret de compétences de ces derniers, ce qui pourrait indiquer la nécessité de revoir ce texte.
- Des délégations concernent le suivi des patients diabétiques confié à des paramédicaux¹⁹, dans une logique de diversification des services, y compris par télé-médecine ; les dérogations sont ici les plus larges et constituent parmi les expériences les plus abouties de consultations infirmières de premier recours, dans un cadre protocolisé et pour une pathologie chronique particulière.
- Un protocole répond à une problématique d'accès aux soins et à la prévention en milieu rural (dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique).
- Un autre, enfin, prévoit la prescription (dérogatoire) et la réalisation de vaccinations et de sérologies par un infirmier.

¹⁹ La participation à l'éducation à la santé fait partie de la définition du métier infirmier de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique

Si en milieu hospitalier la mise en place d'une délégation expérimentale n'a pas d'incidence financière, en revanche elle est susceptible de modifier les rémunérations des professionnels de ville. L'acte dérogatoire n'est pas coté, à de rares exceptions près (vaccination infirmière) et la rémunération du temps de coordination repose sur une subvention régionale (fonds d'intervention régional, FIR). L'absence de modèle de rémunération est avancée comme motif principal du faible déploiement des protocoles expérimentaux en ville (Asalée mise à part). Des mesures ont donc été incluses dans l'article 35 de la LFSS pour 2014 pour leur donner un élan supplémentaire : leur financement est désormais comptabilisé sur le risque, un collège des financeurs doit être mis en place et un modèle économique doit être systématiquement intégré aux protocoles.

5 ASALÉE

5.1 UNE EXPÉRIMENTATION ANCIENNE AU DÉPLOIEMENT ASSEZ AVANCÉ

Le dispositif d'Action Santé Libérale en Équipe (Asalée) a été mis en place en 2004 par des médecins généralistes des Deux-Sèvres, avec le soutien de l'Union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes. Il a été considéré comme un dispositif innovant de coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmières et a été inclus dans les expérimentations menées dans le cadre du rapport Berland de 2003 sur le transfert de compétences entre professionnels de santé.

A cette date, les infirmières se voyaient confier la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, dans un cadre protocolisé.

En parallèle, Asalée s'est progressivement étendu : en 2004 il concernait 16 000 patients, 80 000 en 2009, 330 000 en 2013. L'expérimentation Asalée est désormais en place sur 150 sites de 16 régions différentes, rassemble 335 médecins généralistes et 120 infirmières (67 équivalents temps plein), soit un ratio moyen d'environ un équivalent temps plein d'infirmier pour 5 médecins.

L'association a ensuite soumis quatre protocoles dérogatoires de coopération médecin-infirmiers qui ont été validés par la HAS²⁰ (cf. tableau ci-dessous).

Protocole	Actes dérogatoires
Suivi des patients diabétiques de type 2	suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro albuminurie, dosage du HDL* Cholestérol, créatinémie, fond d'œil; prescription et réalisation des électrocardiogrammes (ECG); prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds;
Suivi des patients présentant un risque cardio-vasculaire	prescription et réalisation des ECG;
Suivi et identification du risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les patients tabagiques	prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie
Repérage des troubles cognitifs	consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées

A ce jour, l'adhésion au dispositif est ouverte dans 17 régions et constitue de loin le protocole de délégation le plus répandu. Son financement a été intégré à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), dont elle constitue la seule illustration du module 3 des ENMR consacré aux délégations. Une nouvelle vague de déploiement intervient en 2014, à hauteur de 100 équivalents temps plein d'infirmières (soit 250 % d'augmentation), alors que la pérennisation du financement assuré par les ENMR n'apparaît pas réglée.

5.2 LE DISPOSITIF DE COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIÈRES

Asalée peut être analysé en premier lieu comme un dispositif d'éducation thérapeutique du patient, intégrée aux soins de premier recours, comme le préconise le Haut Conseil de la santé publique²¹, réalisée par une équipe constituée d'un médecin généraliste et d'une infirmière.

²⁰ cf. fiche sur les protocoles de dérogation

Ce dispositif s'est développé à l'initiative de médecins généralistes, avec l'objectif d'adapter leur mode d'exercice aux nécessités du suivi des patients atteints de maladies chroniques (gestion active du dossier du patient) et de leur offrir un meilleur service (incluant l'éducation thérapeutique). La délégation de tâches du médecin vers l'infirmière ne constituait donc pas un objectif en soi pour Asalée, qui repose avant tout sur l'offre de nouveaux services aux patients et subsidiairement sur une meilleure gestion du temps médical.

Par ailleurs, cette expérimentation émanant des professionnels libéraux a été conçue pour organiser un travail en équipe pluriprofessionnelle.

Si les médecins restent en exercice libéral, les infirmières ont le choix entre être salariées de l'association Asalée ou garder un exercice libéral. Les médecins ne sont donc jamais les employeurs de l'infirmière. Asalée a pu s'implanter dans des petits cabinets de groupe (un quart des médecins adhérents sont en cabinets de 2 MG, 40 % sont dans des cabinets plus grands) et intéresser des MG à pratique isolée (plus d'un tiers des médecins adhérents)²².

Du point de vue de l'infirmière, la participation à l'expérimentation suppose des formations (dans le cadre des protocoles dérogatoires, pour l'éducation thérapeutique, l'utilisation des systèmes d'information, etc.) et induit une évolution du métier (consultations infirmières, incluant diagnostic, prescription et réalisation d'actes).

Du point de vue de l'organisation des soins, la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle qui résulte de l'expérimentation est une étape dans la transformation du statut de cabinet de groupe en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). A cet égard, le lien entre l'implantation contingentée des nouveaux sites Asalée et la politique de structuration de l'offre de soins de ville menée par les ARS n'est pas univoque : d'une part, les ARS tendent à favoriser les regroupements, et donc flécher les financements tels que les ENMR, dans les zones à faible densité médicale, de l'autre, l'initiative émane des professionnels eux-mêmes, qui peuvent souhaiter offrir ces nouveaux services et modifier leur pratique professionnelle sans forcément travailler dans lesdites zones. En 2014, pour la nouvelle vague d'extension de l'expérimentation, une marge d'appréciation est laissée aux ARS pour l'implantation des nouveaux postes d'infirmières Asalée.

Du point de vue médico-économique, le budget annuel par équivalent temps plein d'infirmière est de 80 000 €, dont les deux tiers sont consacrés à la rémunération, aux charges et aux frais de formation de l'infirmière ; une partie du budget rémunère les médecins pour le travail de coordination. Ce coût doit être mis en balance avec le service supplémentaire rendu (éducation thérapeutique), l'amélioration, le cas échéant, de la santé des patients (qui n'est documentée à ce stade que pour les diabétiques) et la réduction globale des dépenses de santé de ces patients, qui proviendrait surtout de la réduction de l'hospitalisation mais dont la mesure est complexe.

²¹ Haut Conseil de la santé publique, L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours, novembre 2009

²² Source Asalée

6 LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITÉ

La coordination clinique de proximité (CCP) est le premier niveau, et même le niveau essentiel, de la coordination prévue dans les projets-pilotes PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie, prévus par l'article 48 de la LFSS pour 2013). Ces projets ont pour objectif de tester une organisation des soins et des aides en parcours coordonné. Cette nouvelle organisation devrait améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en même temps qu'elle permettrait d'économiser des dépenses inadéquates.

Aucun retour d'expérience n'existe pour ce mode d'organisation des soins de premier recours, ces projets-pilotes étant en cours de mise en place. Il semble cependant utile de les décrire pour envisager quelle pourrait être leur articulation avec la constitution d'équipes de premier recours pour l'ensemble de la population, actuellement mise en place.

La population cible est constituée des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé pourrait s'altérer pour des raisons sociales ou médicales.

La cellule clinique de proximité rassemble, sous l'égide du médecin traitant, un infirmier (libéral, coordinateur de services infirmiers salarié en SSIAD, en centre de santé ou SPASAD), un pharmacien d'officine, et le cas échéant, d'autres professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute par exemple). Chacun de ces professionnels est choisi par le patient. Cette cellule de coordination doit entretenir des liens étroits avec la personne âgée et les aides à domicile de façon à être alertée s'il survient un problème.

Le but de cette équipe est de :

- soutenir le plus possible la personne âgée à domicile,
- limiter son recours inapproprié à l'hôpital, aux urgences notamment (médicaments, dénutrition, dépression, chutes).

La CCP, sous la responsabilité du médecin traitant, élabore le **plan personnalisé de santé** (PPS) si le patient souffre d'une affection sévère ou de plusieurs pathologies. Ce document :

- décrit la situation sociale du patient,
- décrit sa situation sanitaire, sans mentionner les diagnostics,
- définit les volets soins et aides du plan.

Pour l'établir, il est prévu une visite à domicile du médecin traitant ou de l'infirmier (ils peuvent être ensemble). L'établissement de ce plan sera rémunéré 100 € (dont 60 € pour le médecin et 40 € pour l'infirmière ou 40 € pour le médecin, 30 € pour l'infirmière et le pharmacien).

En pratique, cette équipe est chargée :

- de la gestion optimisée des médicaments,
- de la prévention des chutes,
- du suivi à domicile (en cas de sortie d'hospitalisation ou si besoin),
- de l'éducation thérapeutique si besoin,
- de l'organisation des échanges d'information dans une logique de parcours et de passage de témoin,

- du dépistage de la fragilité en mobilisant les acteurs hospitaliers (hôpital de jour), en associant la filière gériatrique, en particulier les gériatres.

Le médecin établit le volet médical de synthèse comportant :

- les coordonnées du patient,
- les antécédents médicaux du patient personnels et familiaux,
- les allergies,
- les antécédents iatrogéniques,
- les pathologies et résultats des examens,
- les traitements en cours,
- les facteurs de risque et points d'attention particuliers.

Ce document doit être consulté facilement (notamment en urgence à l'hôpital) et doit être actualisé dès que la situation du patient évolue.

Le médecin traitant organise des réunions de coordination pluriprofessionnelle autour du PPS et veille à mettre en place un retour d'expérience.

A la demande du médecin traitant, **l'infirmier** pourrait contribuer à

- l'évaluation et au suivi des malades complexes, en faisant des visites à domicile à partir d'éléments définis par le MT ;
- clarifier les rôles : il pourrait, sur prescription médicale, évaluer si les actes nécessaires relèvent des infirmiers, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques ou d'aides à domicile.

Le pharmacien devra suivre les traitements de la personne âgée via le dossier pharmaceutique et peut jouer un rôle de conseil dans l'automédication.

Le fonctionnement de cette cellule de proximité suppose que les outils de transmission d'information soient opérationnels, d'usage aisé et sécurisés. Il rend aussi nécessaire une formation commune de l'équipe.

Cette formation aurait lieu dans le cadre du DPC pluriprofessionnel. Elle consisterait en cinq points :

- appropriation du modèle, rédaction des documents de synthèse dans une logique de parcours ;
- sensibilisation aux quatre facteurs d'hospitalisation évitable : médicaments, dénutrition, dépression, chutes ;
- ETP du patient âgé ;
- optimisation des relations ville/hôpital ;
- transmission d'information.

Une évaluation des projets-pilotes est prévue. Pour la CCP en particulier, il s'agit de réunir des indicateurs de mise en place du processus et de résultat médico-économique. La méthodologie doit s'appuyer sur une comparaison avec des zones témoins.

Outre la rémunération de la production du PPS, il est prévu que **cette cellule clinique de proximité soit financée** pour les réunions de coordination, la formation, l'éducation thérapeutique du patient. Cette rémunération des équipes de soins de proximité sera définie dans le cadre de la négociation conventionnelle pluriprofessionnelle (art.45 LFSS 2013).

7 SOPHIA

A la suite du rapport de l'IGAS de 2006 sur le « disease management » (DM), qui montre son intérêt dans le cas du diabète, puis du plan gouvernemental 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, la CNAMTS a mis en place un programme d'accompagnement des patients diabétiques, SOPHIA, en 2008. Il s'agit d'un programme de « disease management », placé sous la responsabilité des médecins conseils de la CNAMTS.

Cette expérimentation se fonde sur l'art. 162-1-11 du code de la sécurité sociale modifié par la LFSS pour 2007 : « Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé ».

L'outil a été conçu par la CNAMTS dans une stratégie globale de meilleure prise en charge des patients diabétiques : accompagnement des patients grâce à SOPHIA et rémunération à la performance des médecins.

Ce programme consiste à renforcer l'implication et la responsabilisation des patients dans la maîtrise de leur maladie par un coaching téléphonique, effectué par des infirmières salariées de l'assurance maladie et placées sur des plates-formes d'appel. Ce programme résulte d'une concertation avec l'INPES et la HAS, l'ordre des médecins, des syndicats de médecins et de pharmaciens, des associations de patients, de l'ANCRE²³ et des sociétés savantes.

Le programme a été déployé dans 11 départements en 2008 et étendu en 2009 à neuf autres départements. Fin 2013, selon la CNAMTS, SOPHIA avait inclus 460 000 adhérents et 55 800 médecins traitants.

La COG 2011-2013 prévoyait une généralisation à tout le territoire et l'extension à d'autres maladies chroniques (asthme, maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires) sous réserve d'une évaluation favorable. Un développement dans l'ensemble des régimes était envisagé par le contrat pluri annuel de gestion État/UNCAM 2010-2013.

Une première évaluation de SOPHIA est intervenue en novembre 2010. La généralisation et l'extension ont été décidées pour 2013 à la suite de cette évaluation. Une nouvelle évaluation, réalisée par la CNAMTS, est intervenue en 2012.

Le programme SOPHIA a été intégré dans la convention médicale de 2011 (art. 18 et 19). Les médecins traitants sont invités à remplir un questionnaire médical pour chaque patient adhérent et sont rémunérés une consultation par patient (1 C).

7.1 FONCTIONNEMENT

Les infirmières-conseillères en santé sont chargées, sous la responsabilité d'un médecin conseil local, d'apporter par téléphone, en complément du médecin traitant, des conseils aux patients diabétiques dans le suivi de leur maladie (rappel des examens, vaccinations) et de les aider à atteindre leurs

²³ Association nationale de coordination des réseaux diabétiques

objectifs en matière d'alimentation ou d'activité physique. Différents outils sont mis à la disposition du patient (livrets thématiques, site internet...).

La liste des patients éligibles est constituée à partir des données du SNIIRAM en sélectionnant les patients qui sont traités par médicament antidiabétique et qui sont en ALD. Les personnes qui conjuguent un diabète avec une autre pathologie grave sont exclues.

L'adhésion des patients est volontaire (retour d'un bulletin d'inscription). Le taux d'inscription est de 34 % fin 2013.

L'intensité des communications téléphoniques est déterminée par stratification statistique du risque. Celle-ci aboutit à trois niveaux de risque : faible (70 % des personnes), modéré (20 %) et élevé (10%). Cette stratification est effectuée sur la population volontaire.

Les 262 infirmières conseil (fin 2013) sont formées pendant 40 jours. Chacune gère un portefeuille de 1 000 patients. Elles ont environ 13 entretiens quotidiens.

Des appels ciblés sont prévus quand la consommation de soins montre un écart par rapport aux recommandations. Mais, le système d'information ne permet pas de réagir de façon rapide et adaptée aux évolutions du patient car les résultats d'examen ne sont pas enregistrés dans le SI en temps réel.

En 2011, selon l'IGAS le coût total annuel est de 15,5 M€ et de 115 € par patient. La généralisation devait faire baisser le coût moyen par patient à 70 €.

7.2 PERSPECTIVES

Il est prévu que SOPHIA soit étendu à l'asthme et aux maladies cardio-vasculaires comme comorbidités associées au diabète. Une extension à la BPCO est envisagée.

8 L'HOSPITALISATION À DOMICILE

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile du patient. Elle assure des soins dont l'intensité, la technicité et la complexité justifieraient en l'absence d'HAD une hospitalisation avec hébergement. Les personnes concernées ont besoin d'une continuité de soins, assurée par une équipe pluridisciplinaire coordonnée (R 6121-4-1 du CSP). Cette solution permet de raccourcir l'hospitalisation complète en établissement ou même de l'éviter complètement.

En 2009, le statut d'établissement de santé de l'HAD est reconnu et son appellation protégée (L 6111-1 et L 6125-2 du CSP).

Bien qu'étant une véritable hospitalisation, ses caractéristiques sont différentes d'un séjour à l'hôpital. L'hospitalisation à domicile n'assure pas de présence permanente et elle ne dispose pas de plateaux techniques équivalents à ceux d'un établissement avec hébergement. En revanche, l'HAD intègre l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels de la ville, médecin traitant, officines pharmaceutiques, paramédicaux libéraux, services à domicile, services sociaux. Quand une personne vit dans un établissement d'hébergement collectif (personnes âgées en EHPAD, personnes handicapées, mineurs protégés...), l'HAD met en place les conditions d'une bonne coopération avec la structure d'accueil. La collaboration entre tous ces acteurs permet de faire évoluer la prise en charge en fonction de l'état du patient.

Cette particularité est riche d'enseignements pour l'amélioration des liens entre la ville et l'hôpital.

8.1 L'HAD, POINT DE RENCONTRE ENTRE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE ET LA PRATIQUE AMBULATOIRE

8.1.1 LES ACTEURS INTERNES DE L'HAD COLLABORENT AVEC DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX.

En effet, l'équipe pluri disciplinaire mobilisée par l'HAD se compose :

- du médecin traitant qui assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites. Il adapte si nécessaire les traitements et peut faire intervenir un médecin spécialiste après avis du médecin coordonnateur ;
- de l'équipe de coordination de l'HAD, responsable du projet thérapeutique élaboré de façon concertée par les médecins intervenants, du dossier de soins, de l'accompagnement médico-social :
 - le médecin coordonnateur est salarié de l'établissement d'HAD. Responsable de la prise en charge globale du patient, garant de l'application du protocole de soins, il est le référent médical de la structure. Il ne prescrit normalement pas, sauf en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant. Il assure la liaison et la coordination avec les autres médecins ;
 - l'infirmière de coordination est aussi salariée et assure une fonction de coordination des soins en appui du médecin coordonnateur ;

- de l'équipe chargée de l'exécution des soins :
 - les infirmiers mettent en œuvre le protocole de soins auprès du patient et communiquent les informations utiles par l'intermédiaire du dossier de soins. Ils peuvent être salariés de l'HAD ou libéraux rémunérés à l'acte.
 - Les aides soignantes
 - Les masseurs-kinésithérapeutes,
 - Les sages-femmes,
 - Les diététiciens, pédicures, orthophonistes ...

Le professionnel libéral s'engage à respecter les pratiques de la structure d'HAD en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission d'informations et à se prêter à l'évaluation de la qualité des soins ;

- de l'équipe psycho-sociale :
 - les acteurs sociaux mettent en place les aides supplémentaires (aides ménagères, repas à domicile...);
 - les psychologues, quelquefois intégrés à l'équipe de l'HAD, sont souvent nécessaires pour le patient ou son entourage. Éviter l'épuisement des aidants permet aussi d'éviter l'hospitalisation en établissement du malade. Les psychologues extérieurs sont rémunérés à la prestation.
- Le pharmacien en officine de ville ou en pharmacie d'usage intérieur de l'HAD est garant de la sécurité du circuit du médicament, de la prescription à la délivrance au patient. Au regard de la complexité du circuit du médicament au domicile, de plus en plus d' HAD sans PUI se dotent d'un pharmacien conseil salarié.

La télémédecine est mobilisée pour la surveillance du malade.

8.1.2 L'HAD ENTRETIENT DES LIENS ÉTROITS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AVEC HÉBERGEMENT ET LES SSIAD

La complexité des pathologies traitées en HAD impose une collaboration renforcée avec les services hospitaliers spécialisés. Ceux-ci mettent à disposition de l'HAD des protocoles thérapeutiques et peuvent participer à la formation des médecins traitants et des personnels soignants de l'HAD.

Pour faciliter ces liens, les hôpitaux sont incités à passer des conventions avec des structures d'HAD comportant notamment la nomination d'un médecin correspondant de l'HAD au sein des services faisant appel à l'HAD, l'élaboration d'un protocole de soins, les modalités de liaison avec le médecin traitant, les modalités de prise en charge à l'hôpital en urgence.

De la même manière, les SSIAD et les structures d'HAD sont incités à établir des conventions car le patient en SSIAD peut être pris en charge par l'HAD si son état s'aggrave et réciproquement si au contraire le malade est stabilisé.

8.1.3 CAS PARTICULIER D'UNE HAD POUR UNE PERSONNE EN ETABLISSEMENT SOCIAL OU MEDICO SOCIAL AVEC HEBERGEMENT

Au moment de la première intervention de l'HAD dans un établissement d'hébergement, une convention doit être signée. Elle précise les conditions de l'intervention de la structure d'hospitalisation à domicile dans l'établissement, les modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins, l'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient, l'organisation des circuits du médicament, les modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie.

8.2 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

La décision d'hospitalisation à domicile est subordonnée à une prescription médicale, l'accord du patient ou de sa famille, l'accord du médecin traitant, celui du responsable de l'établissement d'HAD après avis du médecin coordonnateur de l'HAD et la réalisation de plusieurs évaluations notamment médicales, paramédicales, sociales et logistiques. Ces évaluations aboutissent à un protocole de soins où le médecin coordonnateur de l'HAD joue un rôle clé.

L'évaluation médicale est réalisée par le médecin coordonnateur de l'HAD en collaboration avec le médecin traitant et le médecin prescripteur s'il est différent. L'évaluation paramédicale est faite par l'équipe soignante d'encadrement de l'HAD qui évalue la charge en soins et participe à l'élaboration du protocole de soins. L'évaluation sociale est réalisée par le service social de l'établissement d'HAD. Celui-ci entreprend toutes les démarches nécessaires. L'évaluation logistique est également assurée par l'HAD. Elle vise à la mise en place des matériels nécessaires à l'hospitalisation à domicile.

Avec les autres professionnels, le médecin traitant participe à **l'élaboration du protocole de soins** piloté par le médecin coordonnateur de l'HAD. Le protocole définit notamment la fréquence de ses visites. Sollicité par le médecin coordonnateur, le médecin traitant signe la décision de sortie de l'HAD. Les interventions du médecin traitant sont enregistrées dans le dossier médical du patient, laissé auprès du patient.

Les pathologies les plus fréquemment prises en charge sont :

- la cancérologie,
- les pathologies neuro-dégénératives,
- les traitements post-chirurgicaux complexes,
- les pansements complexes,
- les soins de périnatalité,
- les soins palliatifs.

8.3 FINANCEMENT

Depuis la LFSS pour 2006, l'hospitalisation à domicile est rémunérée par la T2A pour la totalité de son activité. Le tarif – groupe homogène de tarifs (GHT) – couvre la fourniture des médicaments, la mise à disposition des matériels médicaux, le transport sanitaire si nécessaire ainsi que les interventions des professionnels libéraux prévues dans le protocole de soins quand l'HAD relève du secteur public ex-DG. Dans ce cas, les professionnels sont rémunérés par l'hôpital, à l'acte.

Dans les cas où l'HAD relève du secteur ex-OQN, la rémunération des professionnels libéraux n'est pas incluse dans le GHT et le patient paie directement les interventions comme pour toute prestation de ville.

En 2013, il existait 311 structures autorisées actives. 105 144 patients ont été accueillis, 160 000 séjours pour 4,4 millions de journées. Le coût AMO d'une journée d'HAD est évalué à 196,8 € contre 700 € pour une hospitalisation traditionnelle. 859M€ sont facturés en 2013 à l'assurance maladie.

9 LA TÉLÉMÉDECINE, LIEN ENTRE VILLE ET HÔPITAL

9.1 LA MISE EN ŒUVRE DE LA TÉLÉMÉDECINE

L'article L. 6316-1 du code de la santé publique donne une définition légale de la télémédecine : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients » .

La télémédecine ne doit pas être confondue avec la télésanté. La télémédecine est un sous ensemble de la télésanté : c'est la réalisation d'un acte médical à distance tandis que la télésanté englobe aussi des pratiques médico-sociales qui utilisent les technologies numériques (telles que la télévigilance). Seule la télémédecine a un cadre légal et réglementaire.

Le décret du 19 octobre 2010 fixe la définition des actes de télémédecine, au nombre de cinq :

- la téléconsultation (consultation à distance avec éventuellement l'assistance d'un professionnel de santé aux côtés du patient),
- la téléexpertise (avis fourni par un ou plusieurs professionnels médicaux à un autre professionnel médical),
- la télésurveillance médicale (interprétation par un professionnel médical les données nécessaires au suivi médical d'un patient et prise en charge du patient),
- la téléassistance médicale (assistance à distance d'un professionnel médical à un autre professionnel de santé pour la réalisation d'un acte),
- la réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale.

Le décret pose le principe d'un financement à l'activité en inscrivant la télémédecine dans le droit commun des activités médicales. Cependant, outre la tarification à l'acte ou par forfait (par exemple, dans le cadre de la télésurveillance à domicile d'un patient traité par dialyse péritonéale, un forfait hebdomadaire a été inscrit dans la CCAM), plusieurs autres modes de financement sont possibles :

- pour les hôpitaux, intégration dans une activité hospitalière financée par un forfait,
- financement sur des fonds européens,
- financement par divers fonds nationaux ou régionaux : FMESPP, MIG, FIR,
- financement par des collectivités locales.

A l'heure actuelle, si de nombreux projets ont vu le jour, peu d'entre eux bénéficient de financements pérennes pour leur fonctionnement (très peu d'actes ont fait l'objet d'une inscription à la nomenclature). Les activités de télémédecine sont portées et financées essentiellement par les ARS qui contractualisent avec les professionnels libéraux et les établissements de santé désireux de développer ces activités. Les financements proviennent principalement du FIR.

Les responsabilités juridiques des professionnels de santé sont inchangées en ce qu'elles sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle.

Il appartient notamment au médecin requis de tenir compte des limites inhérentes liées à la sélection et à la qualité des informations qui lui sont transmises et en cas de doute de demander des informations complémentaires. Le médecin requis est responsable de son diagnostic.

Le médecin de proximité, dit médecin requérant, est responsable des informations télétransmises et de la décision finale sur le choix thérapeutique.

9.2 L'EXEMPLE DU SUIVI DES PLAIES CHRONIQUES ET DES COMPLICATIONS LIÉES AU DIABÈTE EN FRANCHE COMTÉ

La Franche Comté a mis en place un programme de suivi des plaies chroniques et des complications liées au diabète par télémédecine. Avec ce projet, l'ARS entend faire face à une démographie médicale préoccupante en milieu rural qui risque d'entraîner un allongement des délais de diagnostic et de prise en charge, pouvant être dramatique pour le patient.

Sur le terrain, le professionnel de santé, infirmier DE, se déplace au domicile du patient dans le cadre des soins habituels. Il transporte avec lui le dispositif de télémédecine (tablette tactile). L'accord du patient est recueilli par l'intermédiaire du logiciel de télémédecine (mention : consentement de consultation à distance donnée par le patient). L'infirmier réalise une ou plusieurs images de la plaie en fonction d'une procédure établie et rédige une anamnèse, ces documents étant ajoutés au dossier de suivi du patient.

Le médecin dermatologue au CHRU de Besançon est instantanément averti, il peut analyser les prises de vue et indiquer la conduite à tenir. Son compte rendu, les clichés et les informations cliniques relevées par l'infirmier sont mis à la disposition du médecin traitant et déposés dans le DMP.

Le Groupement de coopération sanitaire EMOSIST-FC, hébergeur de données de santé agréé par l'État, assure la mise à disposition du système d'information de télémédecine.

La rémunération de l'infirmier correspond à son ou ses actes de soins habituels (petit pansement coté AMI2 à 6,30 € ; gros pansement coté AMI4 à 12,60 €) auxquels il convient d'ajouter la majoration de coordination infirmière de 5 €. L'infirmier n'est pas rémunéré actuellement pour les actes liés à la télémédecine (clichés et anamnèse).

Le praticien hospitalier ne reçoit pas de rémunération spécifique pour sa téléconsultation, une consultation externe ne pouvant pas être cotée en l'état actuel de la réglementation.

L'équipement de télémédecine est financé par des fonds européens dans le cadre d'un appel à projet lancé par la préfecture de région.

Ce dispositif de télémédecine permet aux patients de ne pas se déplacer à Besançon pour consulter un spécialiste, ce qui évite des prises en charge de transports. Il assure aussi une plus grande rapidité de traitement des malades et évite ainsi des complications pouvant déboucher sur des hospitalisations.

9.3 LES EXPÉRIMENTATIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014 (ART 36)

Des expérimentations sont prévues par la LFSS pour 2014 (art. 36). Elles doivent porter sur la réalisation d'actes de télémedecine pour des patients à domicile ou résidant établissements médico-sociaux. Le modèle économique doit être défini. Les expérimentations sont mises en œuvre par les ARS dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux volontaires. Ces expérimentations seront évaluées par la HAS.

La pérennisation des actes de télémedecine suppose d'organiser la circulation sécurisée de l'information et la rémunération des professionnels impliqués.

10 LA FILIÈRE DE SOINS GÉRIATRIQUES

Selon les termes de la circulaire de 2007 de la DHOS²⁴, qui reprend les orientations du Plan solidarité grand âge, « la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours au plateau technique ».

Sur son territoire, la filière doit recouvrir toutes les étapes du parcours possible d'un patient âgé. Elle doit aussi assurer les évaluations gériatriques nécessaires et garantir l'orientation rapide du patient soit au sein même de la filière soit dans un service de spécialité non gériatrique. Elle doit pouvoir fournir un avis gériatrique au service dans lequel le patient est hospitalisé.

En outre, elle doit assurer un rôle de ressources dans le domaine gériatrique pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social.

La filière gériatrique a pour but de fédérer plusieurs maillons de l'activité gériatrique autour de l'établissement de court séjour qui réserve des lits à la filière (court séjour gériatrique). Il s'agit d'une structure d'urgence, de l'équipe mobile de gériatrie, de l'unité de consultation et d'hospitalisation de jour, des établissements de soins de suite et réadaptation adaptés aux personnes âgées (SSR gériatriques), des soins de longue durée. Une convention lie tous les établissements d'une filière. Des liens de coopération sous la forme de convention sont aussi mis en place avec les EHPAD, les hôpitaux locaux du territoire, qui assurent une prise en charge de premier niveau ainsi que les établissements d'HAD, les médecins traitants pour qui l'équipe gériatrique est un interlocuteur direct (admission, séjour, sortie vers le domicile ou un établissement médico-social), les SSIAD, les structures de coordination telles que les CLIC.

Il est recommandé une bonne organisation territoriale avec les réseaux de santé « personnes âgées », les réseaux de soins palliatifs et le cas échéant avec les réseaux de cancérologie. La filière doit s'articuler avec les structures psychiatriques pour la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.

Chaque maillon de la filière est composé d'une équipe pluridisciplinaire (médecins gériatres, infirmières, aides soignantes, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicienne et assistante sociale). Cette équipe doit être formée à la prise en charge des patients gériatriques. La coordination des équipes est assurée par un médecin gériatre.

10.1 COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE

Ses missions sont :

- d'assurer l'hospitalisation non programmée des patients gériatriques si possible sans passage par les urgences,
- de procéder à une évaluation globale du patient sur les plans médical, psychologique et social,
- d'établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire,
- de contribuer à l'organisation de la vie du patient après son hospitalisation,
- de participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

²⁴ N° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007

L'admission des patients se fait sur demande du médecin traitant qui a un contact préalable avec le médecin du court séjour gériatrique. Le service doit pouvoir répondre durant la journée aux médecins traitants.

La sortie est organisée en collaboration avec les différentes structures de soins de la filière et les partenaires médico-sociaux et sociaux (mais le MT ne semble pas associé).

10.2 ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE

L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure d'urgence, pour réaliser une évaluation, fournir un avis à visée diagnostic ou thérapeutique, contribuer à l'élaboration du projet de soins ou de vie du patient, l'orienter dans la filière de soins gériatriques, participer à l'organisation de la sortie en s'articulant avec les services médico-sociaux et sociaux, conseiller et former les équipes soignantes. Cette équipe assure les consultations avancées dans les hôpitaux locaux.

Dans un cadre expérimental, elle peut intervenir dans les EHPAD à la demande du médecin traitant ou de l'EHPAD. Elle peut aussi intervenir au domicile du patient si celui-ci est pris en charge par un SSIAD ou un réseau de santé personnes âgées.

10.3 UNITÉ DE CONSULTATIONS ET D'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE

Les missions de cette unité sont notamment :

- de procéder à l'évaluation gérontologique, médico-psycho-sociale à la demande du MT,
- de servir de recours pour le médecin traitant,
- de pratiquer des soins lourds (transfusions, pansements complexes),
- de s'assurer de la coordination des soins autour du patient.

Le patient est adressé en consultation gériatrique par son médecin traitant. L'accès à l'hôpital de jour est conditionné par une consultation ou un avis d'un gériatre de la filière après accord du médecin responsable de l'hôpital de jour.

Un compte rendu doit être envoyé le jour même au médecin traitant.

10.4 SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES ÂGÉES POLYPATHOLOGIQUES DÉPENDANTES OU À RISQUE DE DÉPENDANCE

Les missions des SSR gériatriques sont notamment de :

- assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs,
- assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps,
- prévenir l'apparition de la dépendance,
- assurer l'ETP,
- informer et soutenir les aidants,
- préparer la sortie.

Il peut s'agir d'une suite d'hospitalisation de court séjour, d'un accès direct du domicile ou d'un EHPAD.

L'entrée du patient s'effectue après accord d'un médecin de la filière.

La sortie du patient se fait avec la collaboration de la filière et des partenaires médico-sociaux et sociaux, des PS libéraux, du CLIC, du patient et de ses proches, du réseau de santé « personnes âgées ».

10.5 SOINS DE LONGUE DURÉE

Les missions des unités de soins de longue durée sont de :

- assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels,
- prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,
- élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie,
- assurer l'accompagnement des familles et des proches.

Les USLD assurent la prise en charge de patients soit consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient quand il s'avère qu'un maintien ou un retour du patient à son domicile ou substitut de domicile n'est plus possible et d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour ou en SSR.

Les USLD sont progressivement transformées en EHPAD.

Au moment de l'entrée, le médecin traitant, après concertation avec le patient et ses proches, formule une demande d'admission. L'admission s'opère après accord du médecin chargé de l'unité de soins de longue durée après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale comportant une évaluation de l'autonomie et des soins médico-techniques requis, qui peut notamment être réalisée par l'équipe mobile de gériatrie ou l'unité de consultations et d'hospitalisation gériatriques. Dans le cas d'un patient en provenance d'un établissement médico-social, l'admission est prononcée en concertation avec le médecin coordonnateur.

11 LES EXPÉRIMENTATIONS PRÉVUES PAR L'ARTICLE 70 DE LA LFSS POUR 2012

L'article 70 de la LFSS pour 2012 prévoit que des expérimentations peuvent être menées à partir du 1^{er} janvier 2012 pour une période de cinq ans dans le cadre de projets pilotes destinés à optimiser le parcours de soins de personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Deux modules ont été prévus : le module 1 concerne l'amont de l'hospitalisation et vise à prévenir les risques d'hospitalisation des personnes âgées ; le module 2 concerne l'aval de l'hospitalisation et a pour but de garantir une meilleure organisation des sorties de l'hôpital des personnes âgées.

11.1 MODULE 1 (EN AMONT DE L'HOSPITALISATION)

Dix projets expérimentent le module 1 dans 7 régions. Ces projets sont financés 50 000 € maximum sur le risque.

Le module 1 de ces expérimentations présente deux aspects : faciliter les contacts du médecin de ville avec les médecins hospitaliers au moment de l'entrée du patient à l'hôpital et fournir à la ville un appui des médecins hospitaliers.

La facilitation des contacts avec un médecin hospitalier pour un médecin traitant est expérimentée au Pôle pluridisciplinaire de Saint-Méen (Bretagne), dans trois Réseaux de santé des personnes âgées de Lorraine, le Nord mayennais, l'Association de gérontologie et de gériatrie grasseoise. Selon les cas, le médecin libéral peut contacter un gériatre, une équipe mobile gériatrique, un médecin hospitalier de toutes les disciplines ou une plateforme téléphonique d'urgence tenue par un médecin hospitalier. Des réunions pluridisciplinaires sont prévues.

L'appui à la ville fournie par les médecins hospitaliers au moment de l'entrée du patient à l'hôpital est expérimenté par le Pôle pluridisciplinaire de Saint-Méen, l'AMSAV 18^{ème} arrondissement Paris, le CH d'Ussel, le Sud Ouest mayennais. Des consultations gériatriques de médecins hospitaliers sont organisées en ville en concertation avec les médecins de ville, soit au sein du pôle de santé, soit par des visites à domicile. Les évaluations gériatriques peuvent être coordonnées entre le médecin traitant et l'équipe gériatrique de l'hôpital. Dans tous les cas, des réunions de concertation pluridisciplinaire sont prévues.

Porteur du projet	Type de structure	Type de territoire	Projet
Pôle pluridisciplinaire de Saint-Méen	Pôle de santé	Rural Bretagne	<ul style="list-style-type: none"> convention avec CH de Dinan : contact par médecin libéral du médecin gériatre du CH convention avec CHU de Rennes pour intervention de l'équipe mobile gériatrique sur le territoire de Saint-Méen formalisation de la concertation pluridisciplinaire consultation gériatrique par vacation au sein du pôle organiser une plateforme gériatrique grâce à un coordinateur
AMSAV 18 ^{ème} arrondissement Paris	Association	Urbain Ile de France Existence d'une filière gériatrique Bichat Bretonneau	<ul style="list-style-type: none"> mise à disposition par les deux hôpitaux d'un mi temps de gériatre auprès des généralistes : conseils en matière de diagnostic et d'orientation dans la filière mise à disposition d'un mi temps pour visites à domicile des patients polyopathologiques organisation de réunions pluridisciplinaires généralistes, gériatres, autres professionnels médico-sociaux
CH Ussel	CH	Semi rural Limousin Existence d'une filière gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> évaluation gériatrique à domicile concertation pluridisciplinaire
Trois Réseaux de santé des personnes âgées	Réseau	Urbains, péri urbain, ruraux Lorraine	<ul style="list-style-type: none"> distribution aux MT d'une grille de repérage de la fragilité évaluations gérontologiques à domicile information du réseau si hospitalisation par les urgences vill'hop : accès pour MT d'accéder à un médecin hospitalier pour chaque discipline
Le Sud Ouest mayennais	Contrat local de santé entre MSP multisite, groupement de coopération sanitaire, groupement de coopération sociale Médicosociale (CLIC, EHPAD, hôpital local)	Rural Pays de Loire	<ul style="list-style-type: none"> coordination de l'évaluation gériatrique de 1^{er} recours par médecin généraliste, médecin coordinateur, intervention des équipes mobiles gériatriques auprès des EHPAD, de l'hôpital local et au domicile de la personne
Le Nord mayennais	Deux communautés de communes	Industriel et rural Pays de Loire	<ul style="list-style-type: none"> réunions de coordination des professionnels libéraux et médico-sociaux accès pour MT à une permanence d'aide téléphonique d'urgence d'un médecin du CH mobilisation de l'équipe mobile gériatrique pour la conception du plan de prise en charge
Association de gérontologie et de gériatrie grasseise en partenariat avec CH de Grasse	Réseau	Urbain, semi-urbain et rural PACA	<ul style="list-style-type: none"> astreinte téléphonique à l'hôpital pour aider les libéraux évaluations médico-sociales à domicile réunions gérontologiques pluridisciplinaires

11.2 MODULE 2 (EN AVAL DE L'HOSPITALISATION)

L'article 70 de la LFSS pour 2012 prévoit que des expérimentations peuvent être menées à partir du 1^{er} janvier 2012 pour une période de cinq ans dans le cadre de projets pilotes destinés à optimiser le parcours de soins de personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Deux modules ont été prévus : le module 1 concerne l'amont de l'hospitalisation et vise à prévenir les risques d'hospitalisation des personnes âgées ; le module 2 concerne l'aval de l'hospitalisation et vise à garantir une meilleure organisation des sorties de l'hôpital des personnes âgées.

Dix projets expérimentent le module 2 dans 7 régions. Ces projets sont financés 50 000 € maximum sur le risque.

Ces expérimentations semblent correspondre davantage à une meilleure organisation de l'hôpital pour faciliter les sorties et les anticiper. Peu de projets facilitent les relations entre la ville et l'hôpital au moment des sorties. Certaines expérimentations ont mis en place une consultation par un infirmier de l'hôpital au domicile du patient après sa sortie mais il ne semble pas que cette visite soit coordonnée avec le suivi du médecin traitant.

Porteur du projet	Type de structure	Type de territoire	Projet
Centre gérontologique de Bresse bourguignonne	Réseau de santé CLIC	Rural Bourgogne	<ul style="list-style-type: none"> évaluation pluriprofessionnelle en milieu hospitalier téléassistance transmission des plans d'aide aux services d'aide à domicile
Pôle pluridisciplinaire de Saint-Méen	Pôle de santé	Rural Bretagne	<ul style="list-style-type: none"> aide aux médecins généralistes dans les choix de sortie création d'une cellule d'ordonnancement pour préparer la sortie du patient dès son entrée (l'ordonnancement hospitalier du parcours permet de gérer de manière décloisonnée et coordonnée l'ensemble des ressources qui participent à la prise en charge du patient - gestion des lits comme première étape) partenariats avec hôpitaux pour garantir des lits d'aval
AMSAV 18 ^{ème} arrondissement Paris	Association	Urbain Ile de France Existence d'une filière gériatrique Bichat Bretonneau	<ul style="list-style-type: none"> formation d'un binôme gériatre/infirmier au projet OMAGE (optimisation des pratiques usuelles en gériatrie, prescription médicamenteuse, ETP, coordination des interventions pour la sortie) mise à disposition d'un mi-temps infirmier pour réaliser une ou deux consultations à domicile après la sortie d'hospitalisation
OSMOSE	Réseau de santé	Péri urbain Clamart Ile de France	<ul style="list-style-type: none"> implémentation d'OMAGE : iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, dépression suivi des malades après sortie d'hospitalisation par une infirmière
CH Ussel	CH	Semi rural Limousin Existence d'une filière gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> messagerie sécurisée avec partenaires télémédecine coordination par équipe mobile gériatrique

Trois Réseaux de santé des personnes âgées	Réseau	Urbains, péri urbain, ruraux Lorraine	<ul style="list-style-type: none"> • création d'une cellule d'ordonnancement dans les trois sites • alerte des réseaux par les cellules pour organiser la sortie • recueil de réhospitalisation
Le Sud Ouest mayennais	Contrat local de santé entre MSP multisite, groupement de coopération sanitaire, groupement de coopération sociale Médicosociale (CLIC, EHPAD, hôpital local)	Rural Pays de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • développement des relations avec SSR et HAD
Le Nord mayennais	Deux communautés de communes	Industriel et rural Pays de Loire	<p>Organisation de la sortie des patients complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • désignation d'un référent hospitalier • établissement de fiches de liaison • évaluation de la complexité des sorties • réunion de concertation 48h avant la sortie pour l'organiser et établir le plan de soins
Association de gérontologie et de gériatrie grasseise en partenariat avec CH de Grasse	Réseau	Urbain, semi-urbain et rural PACA	<ul style="list-style-type: none"> • création d'une plateforme de gestion de sortie • évaluation pluriprofessionnelle • partage de l'information entre les acteurs
Centre gérontologique départemental 13 en partenariat avec APHM et réseaux gérontologiques de Marseille	Établissement public de santé	Urbain PACA	<ul style="list-style-type: none"> • création d'une plateforme de sortie : médecin et infirmier • information sur l'aval de l'hôpital • SI fiable et partagé (modules 1 et 2)

12 LA PERMANENCE DES SOINS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

L'enjeu de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) est l'accès aux soins de premier recours de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés. En cas de difficulté d'accès, les services hospitaliers d'urgence sont sollicités, parfois de façon inappropriée. Cette articulation imparfaite entre la ville et l'hôpital pendant les horaires de PDSA s'inscrit dans le cadre plus large des difficultés d'accès aux soins de ville de premier recours dans des délais courts sur tout le territoire, à tout moment de la journée ou de la semaine, et du déport induit de la demande de soins vers l'hôpital.

12.1 LA PERMANENCE DES SOINS EN AMBULATOIRE

En 2002, l'obligation de garde des médecins généralistes a été remplacée par la permanence des soins, qui repose sur trois éléments :

- la participation volontaire des médecins (sauf en cas de réquisition par le préfet, sur demande de l'ARS),
- la sectorisation (confiée aux ARS),
- la régulation médicale des appels (via le centre 15, un permanencier attribuant les appels aux services de la PDSA ou des urgences-SAMU).

La rémunération de la PDS prend la forme d'astreintes (financées sur le budget ARS via le FIR) et de majorations pour les consultations et visites (dans le champ conventionnel).

Les enquêtes réalisées annuellement par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sur la permanence des soins témoignent :

- d'une érosion notable de la participation volontaire des médecins généralistes ; il y a plus de 60 % de médecins volontaires dans les 2/3 des départements en 2013, contre 73 % des départements en 2012²⁵ ;
- de l'existence de zones « blanches », privées de permanence des soins libérale,
- d'un recours limité aux réquisitions de la part des préfets ;
- de la fin progressive de la permanence en nuit profonde (après minuit), qui n'est plus organisée en libéral dans près de 2/3 des territoires de PDSA.

Pour organiser la continuité de la permanence des soins, les ARS, en concertation avec les professionnels, procèdent à une resectorisation qui tend à en agrandir la surface des territoires de PDS et encouragent l'articulation entre permanence ambulatoire et hospitalière par le biais d'une régulation médicale partagée.

²⁵ Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecins générale au 31 décembre 2013, Janvier 2014.

12.2 L'ARTICULATION AVEC LES URGENCES HOSPITALIÈRES

Les établissements hospitaliers peuvent assurer de leur côté une mission de service public de permanence des soins, le cas échéant avec la présence d'un service d'urgences hospitalières et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

L'articulation entre la PDS ambulatoire et hospitalière est en théorie assurée par le biais de la régulation médicale, en fonction de la gradation de l'urgence de l'appel au centre 15. Cette articulation n'est cependant pas unifiée en pratique et relève, outre les centres 15, d'associations de permanence des soins, telles que SOS médecins²⁶, qui peuvent également faire appel aux SMUR (ou aux services départementaux d'incendie et de secours – SDIS – des pompiers).

Une voie d'optimisation de l'articulation entre les deux dispositifs de permanence des soins est la création de maisons médicales de garde (MMG), définies comme « des lieux fixes déterminés de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée »²⁷. Ces regroupements fournissent aux médecins de ville une infrastructure pour l'exercice de la PDSA, accompagnent l'élargissement des secteurs de garde et sécurisent l'exercice médical, notamment lorsque les MMG sont implantées à proximité ou dans l'enceinte d'établissements hospitaliers dotés de services d'urgence. Les MMG se sont multipliées près de 4 fois en 10 ans (environ 370 MMG en 2013).

On ne dispose pas d'évaluation générale de l'effet de délestage des services d'urgence lié à la création d'une MMG.

Par ailleurs, en ce qui concerne la gestion des urgences vitales, la formation et l'implantation de « médecins correspondants du SAMU » (MCS), fonction ouverte aux médecins libéraux et compatible avec leur activité, vise à améliorer les délais d'accès aux soins urgents à moins de 30 minutes sur tout le territoire. Ce dispositif complète celui des SAMU (chaque MCS contractualise avec un établissement siège du SAMU), mais ne se substitue pas à celui de la PDS de ville.

²⁶ D'après le rapport de 2013 de la Cour des comptes, 64 associations rassemblent environ 1000 médecins et ont reçu 6 millions d'appels en 2011

²⁷ Circulaire DGOS du 23 mars 2007

13 LE PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE DE L'ASSURANCE MALADIE (PRADO)

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

Le PRADO a été mis en place à partir de 2010. Il repose sur :

- l'intervention de conseillers de l'assurance maladie au cours d'un séjour hospitalier ;
- l'adhésion volontaire de patients éligibles (population déterminée en fonction du programme particulier et de son avancement), avec l'accord de l'équipe médicale ;
- la coordination de l'intervention au domicile de professionnels libéraux suite à l'hospitalisation, ainsi, le cas échéant, que de services sociaux.

Le programme consiste en plusieurs programmes aux enjeux distincts suivant l'hospitalisation concernée.

13.1 ACCOMPAGNER LA RÉDUCTION DE LA DURÉE DES SÉJOURS EN MATERNITÉ

Le programme consiste en l'organisation de visites à domicile de sages femmes libérales, dans le cas de sorties précoces après un accouchement sans complication.

Ce programme a été expérimenté en 2010 dans 3 CPAM, étendu en 2011, généralisé en 2012 et ouvert aux assurées de la MSA et du RSI. En 2013, il a bénéficié à plus de 138 000 femmes, faisant intervenir plus de 3600 sages femmes. Le taux d'adhésion est de 82% et le taux de satisfaction apparaît très élevé. L'évaluation conduite par la CNAMTS établit une réduction de la durée moyenne du séjour des adhérentes, qui ont bénéficié de 1,96 visite de sage femme en moyenne (chiffre supérieur à la population témoin, en dépit de l'existence d'une prise en charge par l'AMO de telles visites, indépendamment de PRADO).

En 2014, la population éligible est étendue aux accouchements avec césarienne sans complication, le déploiement et l'ouverture aux assurées des autres régimes se poursuivent.

13.2 SUBSTITUER LE DOMICILE AU SSR APRES UNE INTERVENTION ORTHOPÉDIQUE

Ce programme vise à remplacer un suivi post interventionnel en service hospitalier de soins de suites et de réadaptation (SSR) par un suivi en ville par des prestataires libéraux, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes principalement, avec une possibilité d'accompagnement social.

Le programme a été déployé à partir de 2012 (expérimentation dans la Manche) et généralisé fin 2013. Début 2014 il est proposé dans 89 établissements de 34 départements différents. Depuis sa création fin 2011, le programme a bénéficié à 1240 assurés, principalement suite à des opérations de la hanche et du genou. L'analyse de la CNAMTS dans le département expérimentateur montre une baisse sensible du recours au SSR en 2012 imputable au programme. Un élargissement des interventions cibles et une ouverture aux assurés des autres régimes sont programmés prochainement.

13.3 EVITER LES RÉ-HOSPITALISATIONS POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE

Un nouveau programme est en cours de développement depuis 2013, concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Il vise à réduire le taux de réhospitalisation (25 % de patients réhospitalisés dans l'année) et fait pour cela intervenir hebdomadairement des infirmières libérales spécialement formées.

D'autres domaines d'intervention de PRADO sont à l'étude et pourraient faire évoluer le service vers une approche plus populationnelle (en lien avec les expérimentations PAERPA).

Le programme PRADO constitue un dispositif de coordination externe aux professionnels de santé de terrain, qui offre des nouveaux services aux assurés. Intervenant à l'hôpital et auprès des libéraux, il répond au cloisonnement entre les équipes hospitalières et la médecine de ville. Développé avec l'appui d'experts et de la HAS, ce dispositif permet, pour des effectifs de patients importants, la coordination des soins autour du patient, dans le contexte particulier de la sortie d'hôpital et en faisant appel à des ressources (humaines) à la disposition de l'assurance maladie.

14 LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Les hôpitaux de proximité regroupent les 320 ex-hôpitaux locaux²⁸ et les petits centres hospitaliers ne disposant pas de service de chirurgie ou d'obstétrique. Dans le cadre des engagements du « pacte territoire-santé » annoncé en décembre 2012 et des réflexions menées par la DGOS sur l'offre de soins hospitalière, la place de ces établissements pourrait être valorisée dans la mesure où elle contribue à structurer l'offre de soins de proximité.

Ces établissements hospitaliers ont une activité et un mode de fonctionnement spécifiques :

- l'activité des ex-hôpitaux locaux, constituée de soins de médecine, de suite et de réadaptation (SSR) et d'unité de soins de longue durée (USLD), se recompose depuis une dizaine d'années, les places médico-sociales (USLD et EHPAD) progressent tandis que les lits d'hospitalisation se réduisent²⁹ ;
- les ex-hôpitaux locaux accueillent des patients d'âge plus élevés que les autres établissements³⁰ ;
- les médecins qui y exercent sont traditionnellement libéraux (plus de 2000 médecins différents, dont les rémunérations sont fondées sur le tarif de la consultation) mais aussi, de manière plus récente, salariés (près de 700 équivalents temps plein en 2010).

Ce profil d'activité centrée sur les personnes âgées et la place des médecins libéraux font des ex-hôpitaux locaux un point de rencontre entre la médecine de ville et l'hôpital.

Pour les patients qui peuvent en bénéficier, le choix d'un médecin traitant intervenant également dans l'ex-hôpital local permet d'y assurer une continuité dans la connaissance de son dossier médical et de sa situation sociale. Pour les médecins libéraux, l'exercice à temps partiel au sein d'un ex-hôpital local apporte l'appui d'un plateau technique et la participation à une communauté médicale.

Les ex-hôpitaux locaux peuvent s'intégrer, en fonction de la démographie médicale de leur territoire d'implantation, dans l'offre de soins de premier recours, plus particulièrement destinée aux personnes âgées compte tenu de leur dimension médico-sociale.

²⁸ Établissements qualifiés d'hôpitaux ruraux par l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958, puis d'hôpitaux locaux par la loi n°91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, la catégorie a disparu en 2009

²⁹ Cour des comptes, rapport 2013 sur la sécurité sociale ; la recomposition devrait se poursuivre dans le cadre de l'application de la tarification à l'activité et des réflexions sur la taille optimale des services de médecine

³⁰ Age moyen en service de médecine de 77 ans, avec près de la moitié des séjours pour des 81-90 ans

15 LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD)

Cette fiche reprend et actualise les éléments présentés en annexe à l'avis du HCAAM de 2010, vieillissement, longévité et assurance maladie.

15.1 FONCTIONNEMENT

Créés dans les années soixante-dix, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) se sont principalement développés dans les années quatre-vingt et constituent aujourd'hui un élément important de l'offre de soins pour les personnes âgées à domicile.

Initialement destinés aux personnes âgées de 60 ans ou plus, les SSIAD sont également ouverts, depuis 2004 à la prise en charge des personnes de moins de soixante ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques. Ils assurent sur prescription médicale des soins infirmiers et d'hygiène générale, ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Ils offrent ainsi deux types d'aides : d'une part, des actes médicaux infirmiers (AMI), actes techniques qui ne peuvent être effectués que par des infirmiers, et, d'autre part, des actes infirmiers de soins (AIS) qui recouvrent les soins d'hygiène de base pouvant être effectués par des aides-soignants sous le contrôle d'un infirmier.

L'essentiel des actes menés auprès des bénéficiaires sont en pratique des soins de nursing assurés par des aides-soignantes. Les SSIAD sont sollicités pour des toilettes, shampooings et pédiluves qui comptent pour plus du tiers des soins dispensés. Cette forme d'aide, ainsi que les aides aux transferts, à l'alimentation, aux changes, la surveillance de l'hydratation et des fonctions d'élimination, les soins dermatologiques et la prévention des escarres recouvrent 85 % des interventions effectuées.

Les services font intervenir des professionnels salariés ou extérieurs au SSIAD (20 000 professionnels non salariés des SSIAD sont intervenus en 2008, dont 90 % sont des infirmiers libéraux).

15.2 PROFIL DE L'ACTIVITÉ

Le profil des personnes prises en charge par les SSIAD est le suivant ³¹:

- 80 % des patients en SSIAD ont au moins 75 ans, 40 % ont au moins 85 ans. Les deux tiers sont des femmes.
- La plupart du temps, ces personnes sont lourdement dépendantes. Moins de 4 % sont classées dans les groupes iso ressources (GIR) 5 et 6, c'est-à-dire peu ou non dépendantes. Près de 40 % des patients sont en revanche classés en GIR 1 et 2.
- Parmi les personnes prises en charge par les SSIAD en 2008, 36 % vivaient seules, 41 % avec leur conjoint, 15 % avec une personne de la génération suivante. Outre les soins qui leur étaient dispensés par les SSIAD, plus de 90 % des patients étaient aidés au quotidien par au moins une personne en 2002, notamment pour la réalisation des tâches ménagères.

³¹ DREES, études et résultats n°739, septembre 2010

Au 31 décembre 2008, les 2 095 SSIAD disposent de 106 000 places installées et prennent en charge 98 000 personnes.

Les organismes privés, le plus souvent à but non lucratif, gèrent les deux tiers des places de SSIAD. Les établissements hospitaliers ou médico-sociaux publics et les CCAS gèrent les autres places.

15.3 FINANCEMENT

Les SSIAD sont entièrement financés par les crédits de l'Assurance Maladie. L'allocation et le contrôle des financements dépendent des Agences Régionales de Santé. Les frais relatifs aux soins prodigués sont pris en charge dans le cadre d'une dotation globale de soins, qui tient compte de la rémunération des salariés du service et des personnels libéraux le cas échéant, des frais de déplacement, des charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical, des autres frais généraux du service. Les soins prodigués par un SSIAD sont gratuits pour le patient.

La tarification était établie au prix de journée jusqu'en 2006, par dotation globale depuis, et des travaux sont en cours pour adapter les financements à la lourdeur des prises en charge et engager un processus de convergence tarifaire entre les services. Le forfait alloué tiendra à la fois compte des coûts de la structure et du profil des patients traités. Un comité de pilotage, associant les conseils généraux, a été mis en place le 3 juillet 2013 pour piloter les expérimentations menées dans les départements et de réaliser une étude des prestations et des coûts.

15.4 COORDINATION

Outre les infirmiers libéraux, les SSIAD conventionnent avec des intervenants sanitaires ou médico-sociaux, avec des pédicures-podologues, des structures d'HAD ou des établissements de santé, des services d'aide et d'accompagnement à domicile, dans une logique de parcours.

Ils participent à des réseaux de soins ou en lien avec des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), à des réseaux de soins palliatifs (respectivement pour 2/3 et 1/3 d'entre eux, en 2008).

Surtout, l'action du SSIAD est structurée autour du rôle de l'infirmier coordinateur du SSIAD, défini à l'article D. 312-3 du code de l'action social et des familles.

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur comprennent :

1° Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :

a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article D. 312-1 et de leur entourage ;

b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins ;

c) La coordination des professionnels mentionnés à l'article D. 312-2 ;

2° Le cas échéant, les activités d'administration et de gestion du service ;

3° La participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 ;

4° Le cas échéant, les activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés (...)

5° En tant que de besoin, des activités de soins auprès des usagers du service.

16 LES CLIC ET LES MAIA

16.1 LES CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE (CLIC)

Les CLIC sont des guichets uniques d'information, d'évaluation et d'accompagnement social dédiés aux personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels, orientés vers le maintien à domicile. Ces guichets de proximité ont vocation à simplifier les démarches des personnes âgées, en organisant leur accès aux prestations et à un réseau de professionnels.

Ces structures ont été expérimentées en 2000 sur 25 sites pilotes, et généralisées à partir de 2001, avec un objectif de création ou labellisation d'un millier de CLIC en 5 ans. On en compte aujourd'hui moins de 600.

Les CLIC sont reconnus comme des structures sociales et médico-sociales³² dont le fonctionnement repose sur une autorisation du conseil général³³. Ils peuvent dépendre de différents promoteurs : associations (53 %), centres communaux d'action sociale (CCAS - 15 %) ou communes ou groupements de communes (9 %), conseils généraux (10 %), hôpitaux (9 %). Chaque promoteur détermine la zone d'intervention du CLIC et son projet social, soumis au Conseil général pour labellisation.

Il existe trois niveaux de labellisation, en fonction du nombre de missions entreprises par le centre :

- niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ;
- niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Si les missions des CLIC correspondent bien à des besoins identifiés de coordination entre les intervenants des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, autour des personnes âgées, leur périmètre et leurs missions (d'après les statistiques rassemblées sur le site clic-info.personnes-agees.gouv.fr, seuls 60 % des CLIC sont de niveau 3), leur zone d'intervention et l'implication des conseils généraux apparaissent très hétérogènes.

C'est dans ce contexte qu'intervient le déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), dont l'enjeu est de « mettre fin aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs familles face à une multitude de services présents sur les territoires mais insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge suffisamment coordonnée.³⁴ »

³² Visées au 11° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

³³ Initialement, leur pilotage relevait à la fois de l'État et du département, il dépend uniquement du président du conseil général depuis la loi 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

³⁴ Circulaire DGOS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer

16.2 LES MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET L'INTÉGRATION DES MALADES D'ALZHEIMER (MAIA)

Les mesures 4 et 5 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoyaient la labellisation sur tout le territoire de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » (MAIA). Fin 2010, la mission de ces maisons a été étendue à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie³⁵. Début 2014, ce maillage national n'est pas encore achevé, on compte plus de 200 dispositifs MAIA, sur les 500 prévus dans le plan.

D'après l'évaluation du plan Alzheimer³⁶, l'intérêt principal des MAIA est qu'elles apportent une nouvelle dimension à la coordination entre acteurs sanitaires et médico-sociaux en organisant leur intégration.

Cette intégration entre les différents intervenants sanitaires et sociaux prend la forme d'un projet de prise en charge sur un territoire. Concrètement, cette intégration implique, au-delà de la coopération, un partage d'outils de gestion et de données. Elle peut donc s'accompagner d'une certaine évolution du mode de travail des intervenants.

Contrairement à leur dénomination de maison, les MAIA ne sont pas de nouveaux sites, mais s'appuient sur des structures existantes (conseils généraux, associations porteuses de CLIC ou de réseaux gérontologiques, etc.).

A la différence des CLIC, les MAIA :

- répondent à un cahier des charges national et sont financées par les ARS sur délégation de crédits de la CNSA ; les MAIA utilisent des référentiels communs de prise en charge et sont évaluées uniformément par une équipe projet nationale, qui a des missions d'expertise, d'accompagnement et de formation ;
- intègrent les dimensions sanitaires et médico-sociales en responsabilisant les acteurs, qui sont rassemblés au sein d'une table de concertation stratégique (décideurs et financeurs) et d'une table de concertation tactique (responsables des services et des établissements d'aide et de soins) ;
- relèvent dans une approche de gestion individualisée des cas complexes (*case management*). On peut relever que le nombre de cas par gestionnaire est limité à 40, à comparer à la file active des coordinatrices de l'ARESPA (110 personnes).

A la différence des projets PAERPA (coordination territoriale d'appui et cellule de coordination de proximité), les MAIA ne prévoient pas de lien systématique avec le médecin traitant.

³⁵ La base légale des MAIA est 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

³⁶ Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 IGAS/IGAENR, juin 2013

17 LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Constitués en majorité sous forme d'association loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

En 2011, on comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS (devenu le Fonds d'Intervention Régional – FIR en 2012), et représentant environ 2500 professionnels (en équivalents temps plein).

En 2012, la DGOS a considéré qu'il convenait de faire évoluer leur fonctionnement, leur environnement ayant été sensiblement modifié et leur bilan étant jugé contrasté.

17.1 LE FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX JUSQU'EN 2012

Les réseaux de santé regroupent un ensemble de professionnels médicaux, para-médicaux et sociaux qui travaillent conjointement pour coordonner le parcours de santé de patients autour d'une pathologie ou par population.

Ils assurent une prise en charge tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Inscrits dans la loi depuis 2002³⁷, les réseaux constituent un des dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.

Un réseau de santé peut avoir une implantation géographique locale, régionale ou nationale.

Les réseaux se caractérisent actuellement par une grande hétérogénéité de leur activité. Certains d'entre eux ne correspondent plus aux objectifs initiaux : ils peuvent proposer une expertise proche de celle de l'hôpital, réaliser des soins à la place des professionnels, prendre en charge des soins non pris en charge par l'assurance maladie. L'évaluation du service rendu par les réseaux est souvent lacunaire alors que des ressources publiques leur sont allouées.

La DGOS distingue trois types de réseaux : les réseaux de santé de proximité, les réseaux de périnatalité et de cancérologie et les réseaux très spécialisés.

17.2 LA RÉORIENTATION DES RÉSEAUX DE SANTÉ DE PROXIMITÉ À PARTIR DE 2012

Afin de fournir aux ARS des orientations nationales sur les évolutions attendues des réseaux de santé et de les accompagner dans la mise en œuvre de ces évolutions, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a élaboré un guide méthodologique.

D'après ce guide, les missions des réseaux sont les suivantes :

- Organiser le parcours de santé des malades complexes en lien avec l'équipe de soins de premier recours ;

³⁷ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (articles L.6321-1 et L.6321-2 du code de santé publique)

- Apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient sans se substituer à eux ;
- Favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital et entre les différents professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social.

La DGOS demande une réorientation importante : au lieu d'avoir une approche par pathologie ou par type de population, les réseaux doivent avoir une approche populationnelle, c'est-à-dire qu'ils doivent pouvoir prendre en charge tous les malades complexes d'un territoire.

Pour cela, les réseaux doivent devenir polyvalents, ce qui implique une convergence entre eux (réseaux gérontologiques, réseaux des maladies chroniques, réseaux du cancer...) puisque leurs différentes spécialisations présentent des points communs en matière de coordination. Cette standardisation permettrait de mutualiser leurs moyens et de simplifier leur accès pour les médecins de premier recours, la nouvelle offre étant plus lisible.

Les réseaux doivent intervenir sur un territoire bien défini. Ils doivent être étroitement articulés avec les autres dispositifs de coordination (CLIC, SAMSAH, MDPH, MAIA), avec l'HAD et les SSIAD, de façon qu'il n'y ait ni manque ni recouvrement.

Leur financement est assuré par le fonds d'intervention régional (FIR).

17.3 LES RÉSEAUX DE PÉRINATALITÉ ET DE CANCÉROLOGIE

Ces réseaux ont en général une assise régionale, des missions centrées sur le segment hospitalier des parcours de santé et des tâches d'expertise qui les distinguent des réseaux de santé de proximité. Leur rôle est bien identifié et leur utilité reconnue. Sans faire évoluer leur champ d'intervention, il serait opportun de définir leur articulation avec les réseaux de proximité.

17.4 LES STRUCTURES TRÈS SPÉCIALISÉES

De nombreux réseaux ont été créés pour la prise en charge de pathologies très spécifiques (mucoviscidose, maladies rares...). Ils pourraient être intégrés dans un établissement de santé si leur activité se rapproche d'une prise en charge hospitalière, ou dans un centre de référence si leurs missions se rapportent à la formation ou l'expertise.

18 ARESPA

L'association ARESPA constitue un exemple local de coordination d'appui apportée au médecin traitant pour la gestion des cas complexes. Cette coordination fait le lien, au domicile du patient, entre prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.

18.1 UN DISPOSITIF INITIALEMENT CONSACRÉ À LA COORDINATION DES SOINS PALLIATIFS

En 2001, suite à la mise en place des équipes mobiles de soins palliatifs intervenant en service hospitalier mais également, parfois, à domicile sur demande du médecin traitant, un groupe de médecins libéraux de Franche-Comté a créé, avec l'appui de l'URCAM, une association consacrée aux soins palliatifs (Association régionale pour les soins palliatifs à domicile). Cette association avait pour objet de mettre en place une coopération entre les différents intervenants, visant à apporter un soutien au médecin traitant. Ce dispositif était centré sur la fonction de coordinatrices d'appui en prestation de service auprès des médecins généralistes.

Entre 2007 et 2010, l'association élargit son périmètre d'intervention en offrant son service de coordination pour tous types de situations complexes. Ce passage à une approche populationnelle correspond à l'évolution des réseaux de soins vers des missions transversales, encouragée par les pouvoirs publics et prise en exemple dans les instructions de la DGOS relatives au regroupement des réseaux.

18.2 UNE COORDINATION INTERSTITIELLE AU SERVICE DU MÉDECIN TRAITANT

L'ARESPA est un service de coordination offert au professionnel de santé de premier recours (médecin traitant). Ce service peut également être sollicité directement par le patient ou ses proches ainsi que par les services sociaux hospitaliers ; dans cette hypothèse ARESPA contacte rapidement le médecin traitant.

Le déclenchement du service est lié à la complexité du cas, perçue par le médecin traitant, qui dépasse ses compétences ou sa capacité de gestion. Le service n'est conditionné ni à l'âge ni à la pathologie du patient. Il s'assimile, dans la typologie des expériences internationales, au *case management* destiné aux patients dont la situation extra-médicale est potentiellement critique et susceptible de dégrader, en retour, leur situation médicale. Cette coordination répond notamment aux ruptures de parcours identifiées par le HCAAM, suite à une hospitalisation.

La coordinatrice ainsi sollicitée réalise, à domicile, sous 48h, une évaluation des besoins additionnels de prise en charge médico-sociale, matérielle, financière, psychologique, etc., mais n'effectue pas de soins. Le profil des coordinatrices est social (bac +3), elles sont formées par l'association. Ce dispositif de coordination met en rapport les intervenants dispersés sans se substituer à leur intervention, c'est pourquoi l'IRDES, dans son analyse³⁸, le qualifie de dispositif interstitiel.

L'ARESPA propose un plan d'appui aux soins, que le médecin traitant valide et qui évolue à l'occasion des visites ultérieures de la coordinatrice au domicile du patient ou des contacts avec les

³⁸ IRDES, Recherche évaluative d'une coordination d'appui aux médecins traitants : l'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA), juin 2013

intervenants. Ce plan est inscrit dans le dossier médical personnel du patient, que l'association est habilitée à créer et alimenter.

18.3 UNE COORDINATION TERRITORIALISÉE PERMETTANT UNE INTERVENTION RAPIDE AU DOMICILE

Pour apporter rapidement un service de coordination dans une situation repérée par un médecin traitant, l'ARESPA suppose un maillage territorial :

- pour l'implantation des coordinatrices d'appui dans un territoire d'interventions rapides et répétées,
- pour la constitution d'un réseau d'intervenants sanitaires ou médico-sociaux et les liens avec les médecins traitants du territoire.

Pour la région de Franche Comté, qui regroupe en 2013 1,2 M d'habitants et près de 1300 médecins généralistes, l'ARESPA emploie 12 coordinatrices d'appui qui ont suivi cette année 2400 situations (file active de 110 patients par personne). Ces coordinatrices travaillent avec la moitié des médecins généralistes de la région (en 2013, la moitié des demandes adressées à l'ARESPA proviennent des médecins traitants, 20 % des services sociaux hospitaliers).

19 LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI

Au sein des projets-pilotes PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), la coordination territoriale d'appui a pour but de rapprocher et de mettre en cohérence les approches sanitaires, médico-sociales et sociales. Il ne s'agit pas d'une nouvelle structure mais de la mobilisation des systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (CLIC, MAIA, réseaux, filières). En pratique, les structures de coordination existant sur le territoire se rapprochent dans le cadre de cette coordination territoriale d'appui. Une des structures assume la fonction de responsable de la coordination. Elle s'appuie sur une table tactique comprenant l'ensemble des représentants des trois secteurs ainsi que des personnes âgées.

Elle n'intervient qu'à la demande des professionnels, des patients ou des aidants. Elle ne se substitue pas aux professionnels mais leur vient en aide pour le suivi de leurs patients. On rappelle que la population cible des projets PAERPA est constituée des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé pourrait s'altérer pour des raisons sociales ou médicales.

Le territoire couvert par cette coordination est le bassin de vie, plus large que celui d'une cellule de coordination clinique de proximité.

La coordination territoriale d'appui (CTA) est chargée d'assurer les fonctions suivantes :

- Information et orientation grâce à un annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire réservé aux professionnels de santé, un guichet intégré réservé aux personnes âgées en perte d'autonomie, un numéro unique ouvert sur des plages étendues, des accueillants formés ;
- Recensement des noms et coordonnées des membres de la cellule clinique de proximité (CCP) des personnes âgées en risque de perte d'autonomie du territoire et possibilité de les communiquer pour éviter une rupture de parcours (avec l'accord de la personne) ;
- Activation des aides sociales en s'appuyant sur des coordinateurs d'appui sociaux (par exemple CLIC ou réseaux) qui réalisent toutes les démarches administratives et participent à ce titre au plan personnalisé de santé ;
- Aiguillage, à la demande des acteurs de la cellule de coordination de proximité (CCP), vers
 - o l'offre d'éducation thérapeutique personnalisée sur les quatre facteurs de risque d'hospitalisation (médicaments, dénutrition, dépression, chutes),
 - o les prestations médicales et paramédicales complémentaires conformes aux recommandations de la HAS ;
- Activation de l'expertise gériatrique en s'appuyant sur les réseaux ou les équipes mobiles gériatriques pour élaborer à domicile le projet personnalisé de santé sur saisine de la CCP ;
- Activation de l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs ;
- Appui à l'établissement de santé pour la mise en contact avec les professionnels de santé en charge de la personne (en particulier lors des accueils aux urgences) et avec les coordinateurs sociaux notamment pour préparer la sortie d'hôpital, le cas échéant avec les dispositifs mis en place par les organismes de sécurité sociale (ARDH et PRADO).

En raison de ses missions, la coordination territoriale d'appui joue un rôle décisif dans la structuration des acteurs du territoire.

La coordination territoriale d'appui dispose d'un **outil informatique** qui est celui du responsable de la coordination (CLIC ou réseau ou MAIA) mais adapté à son nouveau rôle (suivi des dossiers des personnes passant par la CTA, liste des personnes suivies par une CCP et coordonnées de la CCP, indicateurs d'évaluation). La CCP et la CTA doivent régulièrement échanger des informations.

Les agences régionales de santé déploient pour l'ensemble des projets pilotes PAERPA les **financements** nécessaires en les imputant sur le FIR. Dans chaque département est mise en place une table stratégique qui a pour mission d'assurer la gouvernance territoriale et de contractualiser avec le conseil général, l'ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Une évaluation des projets-pilotes est prévue. Pour la CTA en particulier, il s'agit de réunir des indicateurs de mise en place du processus et de résultat médico-économique. La méthodologie doit s'appuyer sur une comparaison avec des zones témoins.

20 LE MÉDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD

Même si dans chaque EHPAD un médecin coordonnateur fait partie de l'équipe dirigeante, les personnes résidentes gardent leur médecin traitant, qui est un médecin libéral.

La fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD a été créée en 1999³⁹. Les décrets n° 2005-560 et 2007-547 (codifiés D. 312-156 à D. 312-159 du code de l'action sociale et des familles) ont précisé ses missions ainsi que le temps de présence requis au titre de sa fonction de coordination.

Le médecin coordonnateur organise l'équipe soignante de l'EHPAD salariée et libérale et coordonne ses interventions

Cette fonction s'exerce sous l'autorité administrative du directeur de l'établissement.

- Le médecin coordonnateur élabore le projet de soins

Le médecin coordonnateur élabore le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante de l'établissement. Il coordonne et évalue sa mise en œuvre.

- Il coordonne les interventions de l'équipe soignante

Le médecin coordonnateur exerce une autorité fonctionnelle sur l'équipe soignante salariée de l'établissement qui prend en charge les résidents au quotidien. Il s'agit des personnels paramédicaux de l'établissement : infirmière référente, infirmiers, aides soignantes, aides médico-psychologiques, ergothérapeutes, psychomotriciens.

Leur positionnement vis-à-vis des médecins traitants est délicat car ceux-ci sont déontologiquement indépendants mais leurs interventions sont coordonnées par le médecin de l'EHPAD. Celui-ci ne peut se substituer à eux, sauf en cas d'urgence, en l'absence du médecin traitant.

Les médecins traitants libéraux exercent en EHPAD en lien avec l'équipe soignante et notamment avec le médecin coordonnateur. Pour organiser cette coordination, les médecins traitants libéraux doivent adhérer au projet de l'établissement. Le décret n° 2010-1731 précise que les modalités d'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral font l'objet d'un contrat entre le professionnel de santé et le directeur de l'établissement. Par ce contrat le médecin traitant libéral s'engage à « adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD, à respecter le règlement de fonctionnement, à assurer la continuité des soins, [...] à mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques, à prescrire préférentiellement au sein de la liste de médicaments par classe pharmaco-thérapeutique... »

Le médecin coordonnateur a été chargé « d'encadrer » la prescription médicale auprès des résidents de l'établissement. L'article 64 de la LFSS pour 2009 consacre au niveau législatif la mission du médecin coordonnateur d'EHPAD qui consiste à adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments et de produits et prestations inscrits sur la LPP (V de l'article L. 313-12 du CASF).

En fait il ne s'agit pas d'un encadrement ou d'un contrôle mais plutôt d'une coordination. Pour cela, il doit proposer, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et le pharmacien chargé de

³⁹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle des EHPAD

la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent, une liste de médicaments à utiliser préférentiellement.

Pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, l'établissement doit mettre en place un projet personnalisé de prise en charge pour chaque résident. Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement mais doivent rester accessibles en cas d'urgence. Ce dossier doit être complété à chaque intervention du médecin traitant.

Le médecin coordonnateur d'EHPAD préside la commission de coordination gériatrique. Elle a pour mission d'organiser les interventions des professionnels de santé libéraux et salariés. Il s'agit d'une formalisation des échanges.

Le décret n° 2011-1047 renforce le rôle, le temps de présence, les missions et l'intervention du médecin coordonnateur au sein des EHPAD.