



Master 2
Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : **2016-2017**

***Développer des fonctions d'appui à la coordination
des parcours de santé complexes
en Centre-Val de Loire***

***Analyse d'une politique publique au sein d'une agence régionale
de santé***

Fanchon GINISTY
Juin 2017

R e m e r c i e m e n t s

Merci à Rémy Bataillon et Pierre-Marie Détour qui m'ont offert l'opportunité de réaliser ce stage.

Merci aux agents de l'ARS, qui m'ont accordé de leur temps si précieux afin de m'expliquer leurs missions.

Merci aux personnes que j'ai interrogé dans le cadre de mon mémoire qui ont alimenté ma réflexion.

Merci à Estel Queral pour son encadrement durant mon stage, son envie de partager son métier et son soutien. Ce fut un plaisir d'apprendre auprès d'elle par son dynamisme, et son professionnalisme.

Merci à François-Xavier Schweyer, enseignant chercheur qui durant deux ans m'a accompagné, conseillé, soutenu. Il m'a accordé sa confiance, m'a offert des opportunités qui m'ont permis de progresser. Je lui témoigne toute ma reconnaissance.

S o m m a i r e

Introduction	1
Partie 1 : Missions et contexte du stage.....	5
I- Ma mission de stage au sein de l'ARS Centre-Val de Loire	5
A- L'organisation de ARS Centre-Val de Loire.....	5
B- Les missions de mon stage.....	7
II- Le contexte régional.....	8
A- Les caractéristiques sociodémographiques	9
B- Les caractéristiques de l'offre de soins	10
C- L'état de santé de la population	11
III- Le contexte de la coordination dans les secteurs sanitaire, médico-social et social	13
A- La notion de coordination.....	13
B- La coordination dans le secteur médico-social	17
C- La coordination dans le secteur sanitaire, la coordination des soins en ambulatoire....	20
IV- La notion de parcours et la loi de modernisation de notre système de santé	22
A- La notion de parcours	22
B- La loi de modernisation de notre système de santé	24
Partie 2 : La stratégie de déploiement des fonctions d'appui aux professionnels de santé de l'ARS Centre-Val de Loire	27
I- La schéma régional cible et la démarche entreprise	27
A- Le schéma cible : mobilisation de l'ensemble des acteurs des territoires	27
B- Une logique d'offre de services : le travail de cartographie	28
C- La Journée Régionale : créer une vision partagée	32
II- La co-construction au sein de l'ARS Centre Val de Loire	34
A- La démarche de co-construction	34
B- La co-construction avec URPS, les Conseils Départementaux, les Caisses d'Assurance Maladie et Vieillesse pour les fonctions d'appui	36
C- Une co-construction en interne	39
III- L'accompagnement au changement de pratiques	40
Partie 3 : Mise en œuvre des fonctions d'appui sur les territoires.....	43
I- Attentes et inquiétudes des acteurs concernant la mise en place des fonctions d'appui	43
A- Les besoins et attentes en matière de fonctions d'appui pour les acteurs du territoire	44
B- Les inquiétudes et des limites.....	46
II- Les dynamiques en cours	50
A- La mise en place de coopérations territoriales autour des soins primaires	51
B- La mobilisation des autres acteurs du territoires	54
III- Les perspectives pour les fonctions d'appui	56
A- Des fonctions d'appui liées à l'organisation territoriale du premier recours	57
B- Une graduation dans la coordination des parcours	58
C- Nouveaux métiers et nouveaux outils	63
Conclusion.....	66
Bibliographie	67
Liste des annexes	I
Note réflexive	II

Liste des sigles utilisés

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BAPU	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail
CASF	Code d'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
Cellule recueil IP	Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes
CEP	Centre Expert Parkinson
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CLIC	Centre Locaux d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psychologique-Pédagogique
CMRR	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPO	Centre de soins "Porte Ouverte"
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRA	Centre Ressources Autisme
CRAPI	Centre Régional d'Audio Phonologie Infantile
CRCSEP	Centre de Ressources et de Compétences SEP
CSO	Centre Spécialisé Obésité
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
CTS	Conseil Territorial de Santé
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
EADSP	Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs
EAO	Entr'Aide Ouvrière
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile Gériatrique
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMSP	Equipe Mobile Soins Palliatifs
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer
ESP	Equipe de Soins Primaires

ETP	Equivalent Temps Plein / Education Thérapeutique du Patient
FMPS	Fédération des Maisons et Pôles de Santé
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HJ	Hospitalisation de Jour
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDA	Maison Des Adolescents / Maison Départementale de l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS/ MDD / MDCS	Maison Départementale des Solidarités / Maison Du Département / Maison Départementale de la Cohésion Sociale
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ORS	Observatoire Régional de Santé
OSCARD	Observation Sociale du Centre
PA	Personnes Agées
PAERPA	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCPE	Pôle de Compétences et Prestations Externalisées
PDLHI	Plan de Lutte contre l'Habitat Indigne
PMI	Protection Maternelle Infantile
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PRADO	PRogramme d'Accompagnement au retour à Domicile après hospitalisation
PSP	Pôle de Santé Pluridisciplinaire Réseau de Prise en charge du Surpoids et de l'Obésité de l'enfant et de l'adulte
REPSO	
RESPIRE	REseau Santé Précarité de l'Indre Rejetant l'Exclusion
ROR	Répertoire Opérationnel des ressources
RPMC	Réseau Prévention Mains du Centre-Val de Loire
RSND 41	Réseau Santé Nutrition Diabète 41
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Education précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEP	Sclérose En Plaques
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SLA	Sclérose Latérale Amyotrophique
SOPHIA	Service d'accompagnement de l'Assurance Maladie Diabète
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSIAD	Service d'Aide et de Soins Infirmiers à Domicile

UEROS	Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle pour personnes cérébro-lésées
UGOS	Unité Gériatologique d'Orientation et de Soins
UNASS	Union Nationale des Associations agréées du Système de Santé
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS	Union régionale des Professionnels de Santé libéraux

Introduction

Après des expériences de stage auprès d'acteur dits « de terrain », au sein de services d'action sociale, au sein d'un dispositif MAIA et d'une maison de santé pluriprofessionnelle, j'ai souhaité comprendre le fonctionnement et l'organisation « d'une autorité de tutelle » dans le champ de santé, l'Agence Régionale de Santé (ARS). Comment est définie la politique régionale de santé ? Quelles sont les relations de l'ARS avec le niveau national ? Comment travaille-t-elle avec les autres institutions et en particulier les Conseils Départementaux ? Quelles relations entretient-elle avec les acteurs du territoire et quels leviers d'action dispose-t-elle pour améliorer la qualité, la sécurité des soins et permettre une meilleure couverture territoriale ? J'ai été accueillie pour un stage de quatre mois et demi au sein de la Direction de l'Offre Sanitaire, au siège de l'ARS Centre-Val de Loire, à Orléans. J'ai réalisé ce stage dans cette région notamment parce qu'elle participe à la formation d'animateurs de regroupements pluriprofessionnels de soins primaires dispensée par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et la Haute Autorité de Santé (HAS), sur laquelle j'ai travaillé. De plus, les missions de stage proposées étaient en adéquation avec mon projet professionnel.

Ce stage est marqué par un contexte riche celui de la mise en place des mesures de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et l'écriture du Projet Régional de Santé (PRS) de deuxième génération. Mes missions de stage concernent donc pour partie, la mise en œuvre de nouvelles mesures de la loi santé. Elles portent sur le déploiement des fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes¹ (plateforme territoriale d'appui-PTA) et la contribution aux travaux du nouveau Projet Régional de Santé au niveau de la structuration du premier recours et de l'organisation des soins non programmés. J'ai également participé aux formations dispensées par l'EHESP en région Centre-Val de Loire pour accompagner les changements de pratiques au sein de l'ARS et des dispositifs de coordination.

Au-delà d'une meilleure compréhension de l'aspect stratégique des politiques de santé, les missions de ce stage ont retenu mon intérêt car elles s'inscrivaient dans la continuité des thématiques abordées au cours de mon parcours de formation. Je m'intéresse aux nouvelles organisations des soins primaires et à l'articulation entre les professionnels de santé libéraux et les acteurs du social et médico-social dans la lutte contre les inégalités

¹ Le terme de fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination de parcours complexes est privilégié par l'ARS Centre-Val de Loire à celui de plateforme territoriale d'appui (PTA) afin de ne pas inciter à une création d'une nouvelle structure mais de promouvoir une nouvelle organisation. Ce point sera plus amplement développé dans la partie 2 présentant la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire.

sociales et territoriales de santé. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui institutionnalise la notion de parcours de santé, donne des outils pour fluidifier ces parcours par la coordination des acteurs du sanitaire, médico-social et social en s'appuyant sur les initiatives des territoires. L'ARS a donc à charge de piloter la mise en place de nouvelles organisations sur les territoires pour une meilleure coordination des parcours de santé complexes notamment par le déploiement de fonctions d'appui aux professionnels. En parallèle, elle accompagne des coopérations territoriales autour du premier recours, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui sont à l'initiative des professionnels de santé libéraux.

Ce rapport de mission présente une analyse de la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire dans le déploiement des fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours complexes. Il s'agit de comprendre comment cette stratégie favorise les dynamiques territoriales autour des soins primaires pour améliorer la coordination des parcours de santé complexes. Plusieurs enjeux sont présents dans le déploiement de ce nouveau dispositif. Tout d'abord la marge de manœuvre laissée aux ARS dans leur manière d'opérer qui donne du poids au contexte régional mais appelle à de nouveaux positionnements pour les agents et pour les acteurs du territoire. Ensuite les fonctions d'appui aux professionnels concernent l'ensemble des secteurs : sanitaire social, médico-social, le lien ville/hôpital, cette transversalité conditionne une prise en charge globale mais est ambitieuse. La mise en place des fonctions d'appui aux professionnels consiste à une réorganisation des dispositifs de coordination afin qu'ils répondent aux mieux aux besoins du premier recours. Le troisième enjeu est l'association à la démarche des professionnels de santé libéraux pour la réussite d'un dispositif qui leur est en priorité destiné. Enfin, le changement d'organisation et de pratiques de coordination sur les territoires que demandent les fonctions d'appui ne peut se faire sans une association et une adhésion forte des acteurs et notamment des dispositifs de coordination.

Afin d'écrire ce mémoire, je me suis appuyée sur les travaux réalisés durant mon stage, sur le cadre législatif (loi, décret, instruction), sur des documents internes (note de cadrage régionale, support de présentation et de communication, documents de travail nationaux), sur des évaluations extérieures et des guides méthodologiques (Haute Autorité de Santé, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux...). En complément de ces sources professionnelles, j'ai alimenté mon analyse de références à la littérature abordées lors de mes deux années de master, au sein de cours, de lectures d'articles de revue professionnelles ou scientifiques et d'ouvrages en sciences sociales. Je me suis appuyée sur plusieurs disciplines, la

sociologie des organisations notamment pour mieux cerner les enjeux des dynamiques collectives et les concepts de coordination, d'intégration et de coopération. Des apports de la sociologie des professions m'ont permis de documenter les pratiques professionnelles des médecins généralistes. J'ai également utilisé des concepts des sciences politiques concernant la construction des politiques sociales et de santé et la territorialisation de ces politiques. Ensuite, j'ai complété ce rapport d'éléments empiriques issus de mon observation et des propos recueillis lors de réunions, de groupes projet de territoire sur les fonctions d'appui ou d'accompagnements EHESP réalisés auprès des acteurs du territoire. Les échanges des groupes projets ou de l'accompagnement EHESP par la spécificité de leurs techniques d'animation ont permis l'expression des représentations et ressentis des acteurs. Ils ont donc constitué une source riche. J'ai également réalisé des entretiens auprès d'acteurs « experts » dans leur domaine et de directeurs « métiers » de l'ARS Centre-Val de Loire.

La première partie du rapport permet de présenter le contexte dans lequel s'inscrit les missions de mon stage concernant le territoire, l'historique de la coordination, et le cadre législatif. La deuxième partie est consacrée à la présentation de la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire pour la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels qui est une démarche s'appuyant sur différents leviers, une logique bottom-up, la co-construction et l'accompagnement au changement d'organisation et de pratiques. Pour finir, la dernière partie est davantage centrée sur la déclinaison de la stratégie régionale à l'échelle des territoires en présentant les attentes et inquiétudes des acteurs, les dynamiques territoriales en cours et les perspectives qui se dessinent pour la mise en place des fonctions d'appui.

Partie 1 : Missions et contexte du stage

Mes missions de stage qui concernent la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes au sein de la Direction de l'Offre Sanitaire de l'ARS (I) s'inscrivent dans un contexte territorial (II), dans une histoire des politiques de coordination (III) et dans un cadre législatif précis (IV).

I- Ma mission de stage au sein de l'ARS Centre-Val de Loire

Après avoir présenté l'environnement du stage à savoir l'organisation de l'ARS Centre-Val de Loire (A), je présenterai les missions qui m'ont été confiées (B).

A- L'organisation de ARS Centre-Val de Loire

1- Les missions de l'ARS

L'Agence Régionale de Santé créée par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009, pilote le système de santé régional. Elle définit et met en œuvre la politique de santé en région au plus près des besoins des territoires de santé qui correspondent aux six départements de la région. L'ARS intervient dans le champ des politiques de santé publique (prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire, gestion de crise), de l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires, des établissements et services médico-sociaux et de l'accompagnement des professionnels de santé. Le projet régional de santé est l'outil de planification de l'offre de soins qui définit les objectifs pluriannuels de l'agence et les mesures destinées à les atteindre. Il est un des leviers afin de mettre en œuvre la politique régionale de santé globale. Le premier Programme Régional de Santé qui s'étend sur la période de 2012 à décembre 2017 se décline en trois schémas régionaux en matière de prévention, d'organisation médico-sociale, d'organisation des soins et en trois programmes présentant les modalités d'application de ces mêmes schémas. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé (LMSS) réforme les outils de planification en recherchant une simplification et un décloisonnement entre les différents champs. Le PRS de 2^{ème} génération est construit dans une logique de parcours et un unique Schéma Régional de Santé (SRS) est maintenant présent.

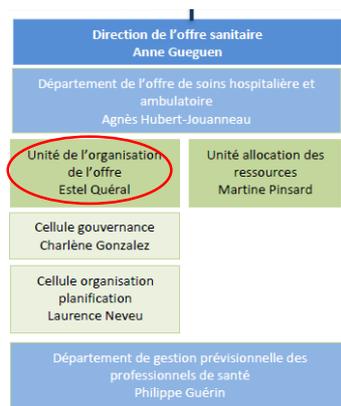
L'ARS Centre Val de Loire n'a pas connu de modification de son territoire d'intervention comme cela s'est présentée pour de nombreuses ARS qui ont dû fusionner et se réorganiser, suite à la modification de la carte des régions prévue par la loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions. Elle a toutefois connu une réorganisation de ses services suite à l'arrivée de la nouvelle Directrice Générale en début d'année 2016. Les principaux travaux actuels de l'ARS sont la construction du PRS de 2^{ème} génération et la

mise en place des nouvelles dispositions prévues par la loi de Modernisation de Notre Système de Santé et par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

2- L'organisation de l'ARS

L'ARS Centre-Val de Loire est composée de quatre directions "métiers", la santé publique et environnementale, l'offre sanitaire, l'offre médico-sociale et la stratégie. Cette organisation est complétée d'une direction transversale (ressources humaines et affaires générales), d'une Agence Comptable et de six délégations départementales correspondant au six territoires de santé. Elle emploie 360 salariés.

La direction de l'offre sanitaire comprend le département de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire et le département de gestion prévisionnelle des professionnels de santé. Le département de l'offre de soins est divisé en deux unités : l'unité allocation des ressources et l'unité de l'organisation de l'offre. Cette unité au sein de laquelle j'ai réalisé mon stage comprend la cellule gouvernance et la cellule organisation planification.



Les missions de la direction de l'offre sanitaire sont de concevoir et piloter la politique de l'offre de soins tant hospitalière qu'ambulatoire en lien avec le médico-social en s'appuyant sur les leviers tels que les autorisations, la contractualisation ou les expérimentations. Elle alloue les ressources en veillant à une juste répartition des enveloppes hospitalières (publiques et privées) et du fond d'intervention régional et s'assure de la sécurité des soins notamment par ses missions d'inspection.

L'unité organisation de l'offre a pour missions la planification et la régulation de l'offre de soins de la région en utilisant les instruments disponibles : schéma, autorisation, coopération, contractualisation. Cette unité dirigée par Estel QUERAL qui est également chef de projet des fonctions d'appui aux professionnels pour la région est ma référente de stage. La cellule organisation et planification, au sein de laquelle j'ai réalisé mon stage, est

composée de référents thématiques qui travaillent en binôme avec un médecin. Les thématiques présentes sont les exercices regroupés, les soins non programmés, les urgences, l'hospitalisation à domicile, les ex-hôpitaux de proximité, les transports, la permanence des soins en établissement de santé, la médecine chirurgicale, l'imagerie, les soins de suite et de réadaptation, les systèmes d'information, les maladies chroniques, les addictions, la perte d'autonomie, la périnatalité... Ces référents en fonction de leurs thématiques ont pour missions d'analyser les besoins et les ruptures de parcours, de gérer les autorisations, l'allocation de ressources, la contractualisation, les demandes internes et externes à l'agence et d'assurer une veille législative. Ils participent en fonction de leur thématique à l'écriture d'objectifs opérationnels dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) de 2^{ème} génération.

B- Les missions de mon stage

J'ai, au cours de mon stage de quatre mois et demi, eu trois missions, une mission principale relative au déploiement des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes auprès de la chef de projet régionale et deux missions secondaires.

Ma mission principale consistait à l'organisation d'une journée régionale d'information et d'échange composée d'une présentation en plénière le matin et d'ateliers par département l'après-midi. J'ai été intégrée aux travaux préparatoires de cette journée en participant aux réunions de l'équipe projet interne « fonctions d'appui » (Cf. annexe 1, le logigramme du projet). Il m'a été confiée la préparation de l'annuaire des acteurs à inviter en lien avec les référents thématiques des différentes directions métiers et les responsables des délégations départementales. J'ai également réalisé une cartographie des ressources des six territoires de santé avec des membres de l'équipe projet « fonctions d'appui ». La préparation de cette journée a également demandé plusieurs rencontres avec la Fédération des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et une réunion avec les acteurs dits « incontournables ». J'ai contribué sur le plan logistique et au niveau de la communication notamment à l'alimentation du site internet. J'ai poursuivi mes missions sur les fonctions d'appui suite à cette journée régionale en répondant aux sollicitations des délégations départementales et en réalisant un appui méthodologique en lien avec la chef de projet, pour les groupes projets de territoire initiés à la suite de cette journée régionale.

La deuxième mission consistait à participer aux réflexions sur les objectifs opérationnels du Schéma régional de santé (SRS) pour cinq ans dans le cadre de l'écriture du nouveau PRS, concernant l'offre de soins du premier recours. Ainsi après une compréhension globale de

l'organisation du Projet Régional de Santé, suite à une présentation réalisée par la direction de la stratégie, j'ai participé à différents groupes de travail afin d'élaborer en concertation avec les acteurs les objectifs opérationnels du SRS. Par exemple, j'ai assisté au groupe « soins non programmés » comprenant trois sous-groupes avec comme objet : les urgences, la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), la Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSSES). J'ai contribué à l'écriture des objectifs opérationnels concernant la coordination des parcours complexes et à ceux relatifs à la structuration du premier recours.

La troisième mission était de participer à trois formations dispensées par l'EHESP auprès des agents et des partenaires de l'ARS Centre-Val de Loire. La formation Appui ARS Parcours et Territoire (AAPTte) qui s'adresse aux cadres intermédiaires de l'ARS. J'ai contribué à la préparation des restitutions de cette formation aux autres agents de l'ARS notamment à l'élaboration d'un guide du formateur. Les deux autres formations dont j'ai pu observer le déroulement sont celle des animateurs de regroupements pluri-professionnels de soins primaires (PACTE Soins Primaires) et l'accompagnement auprès des réseaux de santé et autres dispositifs de coordination (PACTE Territoire).

II- Le contexte régional

Ainsi, il est important de comprendre les principales caractéristiques sociodémographiques (A), de l'offre de soins (B) et de l'état de santé de la population (C) de la région Centre-Val de Loire, n'étant pas sans conséquences sur la réalisation de mes missions.

A- Les caractéristiques sociodémographiques

La région Centre Val de Loire comprend 2,59 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2016 soit une densité 66,1 habitants/km². Elle est la région de France métropolitaine la moins peuplée



et se compose de six départements, le Cher (18), l'Eure-et-Loir (28), l'Indre (36), l'Indre-et-Loire (37), le Loir-et-Cher (41) et le Loiret (45). La densité est la plus forte au niveau de l'axe ligérien où vit la moitié de la population. Elle comprend deux villes de plus de 100 000 habitants : Tours (26^{ème} ville de France) qui se classe devant Orléans, la préfecture de région (32^{ème} ville de France). Les autres préfectures de départements sont

Bourges, Blois, Châteauroux et Chartres. Les flux migratoires sont dominés par les échanges avec la région voisine, Île de France. Le solde migratoire reste positif à l'exception des jeunes de 18-24 ans qui quittent la région pour leurs études (Chiffres INSEE 2016). L'indice de vieillissement² pour la région en 2014 est de 84,4 contre 74,5 en France Métropolitaine (STATISS). Au niveau des catégories socio-professionnelles, un quart des actifs sont des ouvriers ce qui correspond à une part plus élevée que sur le territoire métropolitain. Le taux de chômage est plus faible qu'en France Métropolitaine (Chiffre INSEE 2016).

Le PIB régional en 2014 est 68,9 milliards d'euros soit 3,2 % du PIB de la France. L'économie de la région est dominée par l'activité industrielle et agricole. La région Centre-Val de Loire est la première région céréalière de France et d'Europe. Le taux de pauvreté monétaire en 2013 est de 12,5 % contre 14 % en France métropolitaine (Chiffres INSEE).

² Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20.

B- Les caractéristiques de l'offre de soins

Les six départements correspondent aux territoires de santé qui sont aussi les territoires de démocratie sanitaire où les Conseils territoriaux de santé (CTS) établis depuis fin 2016 ont pour mission principale d'établir un diagnostic territorial partagé.

1- La problématique de démographie médicale

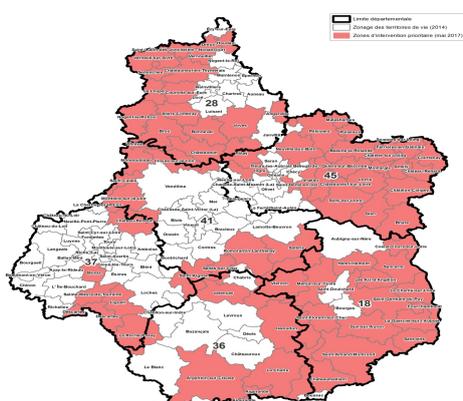
Avec une densité moyenne de médecins généralistes de 76,05 pour 100 000 habitants au 03/03/2017, la région Centre-Val de Loire présente la plus faible démographie médicale de France Métropolitaine, la moyenne nationale étant de 90,93 médecins pour 100 000 habitants.

Département	18	28	36	37	41	45
Densité médicale en 2017 pour 100 000 habitants	70,59	64,90	71,46	95,63	78,31	71,07

Sources INSEE/RPPS 2017

D'après l'Observatoire des fragilités de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) ce sont 159 639 personnes qui n'ont pas de médecin traitant en Centre-Val de Loire en 2015, soit entre 7 et 10 % de population en fonction des départements, allant jusqu'à 33 % dans certaines communes. En avril 2017, 55 % des médecins généralistes de la région Centre Val de Loire ont plus de 55 ans (RPPS/INSEE). Une grande disparité existe soit un écart de près de 30 points entre le département de l'Eure-et-Loir et celui de l'Indre-et-Loire.

Zones d'intervention prioritaire (zonage conventionnel)



Ainsi la définition d'un zonage permet de mettre en avant des territoires prioritaires pour cibler le recours à des leviers incitatifs. D'après les premiers calculs et même si la méthodologie doit être confirmée par un décret national, près de 40 % de la population de la région se trouverait en zones fragiles d'après l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée³.

³ Cet indicateur prend en compte plusieurs paramètres l'âge des médecins, le temps d'accès par la route, les besoins de la population (vieillesse). Il permet de définir un nombre de consultations accessibles par an par habitant. Le seuil de référence nationale est de 3,8 consultation par habitant et par an au-delà duquel les territoires ne bénéficient pas d'incitations financières notamment dans le cadre du Pacte Territoire Santé.

La densité d'infirmiers est également inférieure aux chiffres nationaux. Concernant l'offre de second recours, la région est marquée par une faible densité de médecins spécialistes, 22,83 pour 100 000 habitants (RPPS/INSEE au 03/03/2017).

2- Deux centres hospitaliers régionaux sur l'axe ligérien

Deux centres hospitaliers régionaux celui de Tours et celui d'Orléans sont présents. Le Centre hospitalier de Tours est universitaire. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui constituent de nouveaux modes de coopérations entre les établissements publics autour d'un projet médical sont en cours de construction à l'échelle des territoires de santé, c'est-à-dire des six départements. La région comprend au total 228 établissements de santé dont une cinquantaine appartiennent au secteur privé.

C- L'état de santé de la population

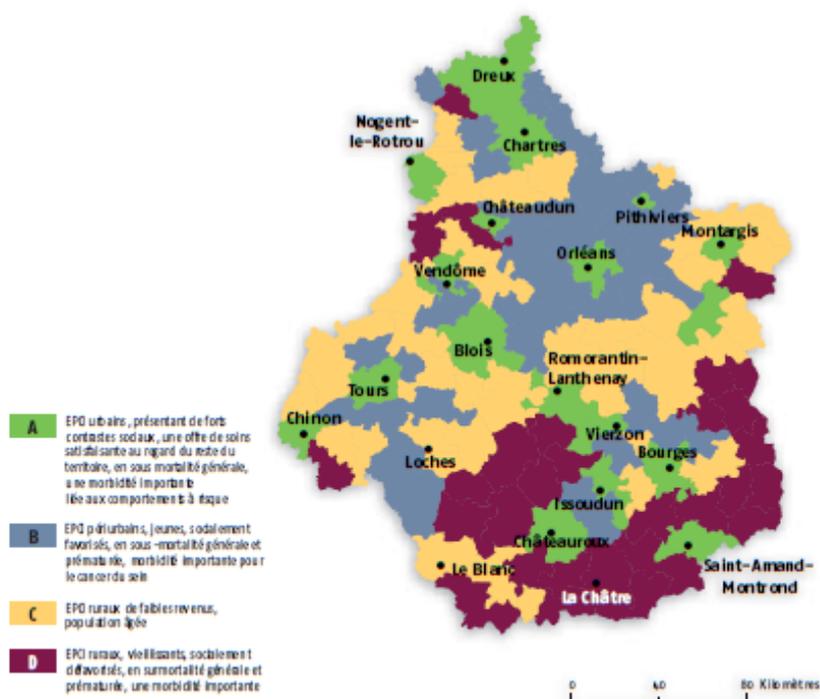
D'après une étude de l'Observatoire Régional de Santé (ORS ; 2015) de la région Centre-Val de Loire datant de 2015, la mortalité générale est proche du niveau national. Cependant, le taux standardisé de mortalité prématurée est supérieur à la moyenne nationale notamment pour les hommes. Quel que soit le genre, la région enregistre une surmortalité prématurée significative par rapport au niveau national pour les tumeurs malignes et les causes externes de traumatismes et empoisonnement. Un décès prématuré sur deux chez les femmes est imputable aux tumeurs. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont importantes. L'étude de l'ORS sur les inégalités sociales et territoriales de santé de 2015 présente une typologie des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) en quatre classes à partir d'une analyse en composante principale (ou analyse multivariée) portant sur 79 indicateurs :

- Les EPCI urbains, présentant de forts contrastes sociaux, une offre de soins satisfaisante au regard du reste du territoire, en sous mortalité générale, une morbidité importante liée aux comportements à risque (classe A)
- Les EPCI périurbains, jeunes, socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, une morbidité importante pour le cancer du sein (classe B)
- Les EPCI ruraux de faibles revenus avec une population âgée (classe C)
- Les EPCI ruraux, vieillissant, socialement défavorisés, en surmortalité générale et prématurée, une morbidité importante (classe D)

La classe D qui apparaît comme la plus préoccupante correspond principalement au Sud-Est de la région c'est-à-dire aux deux départements ruraux que sont le Cher et l'Indre.

Résultats de la typologie en 4 classes après consolidation

	Nombre d'EPCI après consolidation	Nombre d'habitants au RP 2011	de la population au RP 2011
Classe A	18	1 350 577	52,8 %
Classe B	42	495 120	19,4 %
Classe C	38	479 118	18,7 %
Classe D	29	226 536	8,9 %
Ensemble	127	2 593 351	100 %



Ainsi la région Centre-Val de Loire est un territoire peu peuplé avec une population vieillissante. Elle est marquée par une faible démographie médicale. Des disparités importantes sont présentes sur la région, avec un axe ligérien attractif et des territoires dans le Sud-Est de la région, territoire de l'Indre, du Cher et l'Ouest de Eure-et-Loir qui concentrent les difficultés. En effet, la superposition, de la carte du zonage et celle des typologies d'EPCI de l'ORS met en évidence des territoires qui concentrent à la fois une très faible démographie médicale, une population vieillissante, socialement défavorisée, en surmortalité générale et prématurée, avec une morbidité importante (Classe D).

Une meilleure articulation entre le sanitaire et le social apparaît comme un moyen de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé par la prise en compte des déterminants sociaux-économiques de la santé. Cette articulation peut se concrétiser par une meilleure coordination qui est un sujet pour les politiques publiques depuis plusieurs années.

III- Le contexte de la coordination dans les secteurs sanitaire, médico-social et social

Il s'agit, dans un premier temps de clarifier la notion « fourre-tout » de coordination (A), très utilisée par les acteurs, en s'appuyant sur plusieurs définitions proposées dans la littérature. Les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination de parcours de santé complexes s'inscrivent dans une histoire de la coordination qui a d'abord vu le jour dans le secteur médico-social et plus particulièrement, la gérontologie (B) et qui s'est également développée par des initiatives portées par les acteurs du sanitaire (C).

A- La notion de coordination

Le secteur de la santé comme toute activité humaine connaît une division du travail importante avec une spécialisation des acteurs dans le but d'augmenter la qualité. Or le manque de cohérence et d'articulation entre ces acteurs vient mettre à mal la qualité et l'efficacité et pose la question de la coordination. La coordination est aujourd'hui construite comme un problème public justifiant l'intervention des pouvoirs publics pour le résoudre (Hassenteufel, 2008). Les définitions de la coordination sont nombreuses, plus de quarante auraient été recensées dans une revue de littérature publiée en 2007 (McDonald et al.). Parmi les quatre définitions que j'ai choisi de présenter, la première est relative à l'organisation du système de santé, la deuxième présente la coordination comme une étape vers l'intégration, la troisième définit la coordination par paliers et la dernière est plus opérationnelle autour de la situation d'une personne.

Le lexique national des parcours du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (2016) propose une définition de la coordination s'inspirant de celle de Donabedian (1980). Le système de santé peut être appréhendé en fonction de trois niveaux de coordination présentés ci-dessous :

- Le niveau micro, celui du patient ou de la personne, avec l'entourage et tous les professionnels. C'est le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soins et d'accompagnement des personnes.
- Le niveau méso, celui de la structure ou du dispositif de prise en charge (tous les établissements et services sanitaires et médicaux sociaux ainsi que les entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination, de l'évaluation des besoins des personnes). C'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées toutes les questions d'organisation de travail.

- Le niveau macro, le niveau institutionnel local ou national. C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé.

Leutz lui propose une définition de l'intégration où la coordination est une étape pour y parvenir (1999). Il présente donc trois niveaux également pour aller vers une organisation intégrée.

- La liaison (linkage), les organisations peuvent développer des procédures plus ou moins formalisées pour faciliter leur collaboration et la transmission d'informations sur les besoins des patients. Il n'y a pas de présence de gestionnaire de cas. Ce niveau est adapté pour des situations peu complexes.
- La coordination, implique le développement et la mise en œuvre de structures et de mécanismes permettant de réduire la fragmentation et la discontinuité entre les organisations et de promouvoir le partage d'informations. L'accent est mis sur la création d'une infrastructure gérant l'ensemble des services destinés à une population donnée. Chaque organisation conserve son propre fonctionnement mais participe à cette infrastructure ou structure virtuelle. Chaque service accepte aussi par conséquent, d'adapter ses procédures et interventions à mesure que le réseau évolue. Les techniques de coordination comprennent des outils d'évaluation des besoins, des procédures standardisées de décisions, d'optimisation des ressources, de suivi des interventions et de la gestion de cas. Le niveau de « coordination » est pertinent pour des personnes recevant des soins de deux types de services au moins en simultané ou en séquentiel.
- Le niveau d'intégration complète, une seule organisation intégrée est responsable pour tous les services, qu'ils soient réunis en une même structure ou liés par contrat. Les ressources sont combinées, les systèmes de financement et l'éligibilité unifiés et les informations partagées quotidiennement. Il correspond au système où toutes les compétences multidisciplinaires sont regroupées au service de la population avec des besoins complexes, souvent dans un souci de désinstitutionalisation. Une gestion de cas est assurée (Bloch et al., 2011).

En complément, une autre définition est particulièrement intéressante car elle présente différents types de coordination qui renvoient à des besoins variables. Des différences sont observées en fonction de l'interdépendance entre les acteurs et les organisations qui fluctue selon les besoins (Alter et Hage, 1993). La coordination séquentielle correspond à la mise en place d'un système de référence entre différents prestataires et niveaux de soins. Ce mode de coordination peut être jugé adéquat lorsque le patient a un problème dont le diagnostic est clair et qu'il commande une intervention précise et bien circonscrite dans le temps et

dans l'espace. Elle est requise pour des problèmes simples et assure un accès ponctuel à une expertise ou un professionnel par un système ou des ententes de référence. La cohérence de la prise en charge est assurée par la compétence professionnelle de chaque intervenant et souvent par le patient lui-même. La coordination réciproque est nécessaire quand l'interdépendance entre les acteurs est plus forte. Il y a coordination réciproque lorsqu'un patient a besoin de recevoir simultanément des soins et des services de différents professionnels. Dans une telle situation, les professionnels et les organisations doivent tenir compte des autres pour prendre en charge adéquatement les problèmes du patient. Quand le problème de santé qui le place dans cette situation n'est pas trop complexe, que le nombre d'intervenants est faible, que l'épisode de soins est assez bien circonscrit dans le temps et l'espace, cette coordination peut suffire. Le niveau supérieur est la coordination collective qui est caractérisée par une équipe de professionnels ou d'organisations qui assure conjointement la responsabilité de la prise en charge des patients selon des modalités décidées ensemble. Cette forme de coordination est requise quand le niveau d'interdépendance est élevé entre les acteurs (et les organisations). Elle est particulièrement bien adaptée à des situations où les problèmes de santé sont multiples ou complexes aux contours flous dont l'évolution dans le temps et dans l'espace est incertaine. La coordination collective oblige, à la fois, à une prise en charge organisée autour du patient et à des ententes formelles entre les acteurs et les organisations (A.-P. Contandriopoulos et al., 2001).

De manière plus opérationnelle, la coordination est définie dans le lexique des parcours du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales de 2016 comme « l'organisation mise en place autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel, géographique). Elle nécessite un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels (rencontres, interconnaissances, etc.), que ce soit au sein ou entre les services, structures et secteurs du champ sanitaire, médico-social et social. » (IGAS, 2011)

La coopération est un mode de relation privilégiée pour faciliter la coordination des acteurs. Cette coopération peut prendre différentes formes. La coopération pour des acteurs, en situation d'interdépendante est quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune ; quand ils évaluent positivement leur travail ; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétences et de leurs tâches ; et enfin, quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable (Benson, 1975). La coopération permet d'éviter une concurrence entre les acteurs. Coordination et coopération

contribuent à l'évolution vers un système de santé plus intégré. « L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leur interdépendance pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » (A.-P. Contandriopoulos et al. 2001). L'intégration comprend la notion de coresponsabilité des acteurs dans un projet qui passe par un co-financement.

La coordination s'est développée dans le domaine de la gérontologie, du handicap et des maladies chroniques. Il est important de revenir sur la trajectoire de la notion de coordination et des outils mis en place pour la faciliter. Un historique permet de comprendre les politiques publiques actuelles et notamment l'origine des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination ainsi que de mesurer l'ampleur du changement attendu. En effet, les sciences politiques conceptualisent la difficulté à initier des changements lorsqu'une direction dans la construction des politiques publiques a été prise. Il s'agit du concept de « *Path dependence* », (dépendance au sentier) pour expliquer le poids des choix passés sur les décisions présentes. Cette notion empruntée à l'économie issue des travaux de North (1990) concernant le changement institutionnel s'explique par :

- Des mécanismes qui tiennent moins aux technologies qu'aux comportements des individus au sein des institutions. On peut faire le lien avec l'ensemble des innovations et services numériques pour faciliter notamment la circulation d'informations dans le domaine de la santé qui aujourd'hui connaissent un manque d'usage. Les exemples sont le dossier médical partagé ou la messagerie sécurisée.
- Changer signifierait perdre les rendements croissants des investissements et devoir investir à nouveau. La mise en place des fonctions d'appui aux professionnels demande un changement d'organisation des dispositifs de coordination qui fonctionnent et qui ont œuvré pour être connus et reconnus dans leur activité par les acteurs du territoire. Le changement peut redistribuer les rôles et les missions de chacun en leur défaveur. De plus, ce changement d'organisation demande une véritable implication des acteurs en temps et en moyens.
- Cela concerne aussi les processus d'apprentissage, être capable de prévoir les nouveaux comportements adaptés. L'illustration que l'on peut proposer est un changement des pratiques par une implication de l'ARS dans un accompagnement/formation et l'émergence de nouveaux métiers comme ceux de case manager ou de l'animateur territorial.

Ainsi le repérage d'un problème de coordination à amener les acteurs et les pouvoirs publics à investir cette problématique et à développer des outils pour la formaliser, la faciliter,

l'encadrer. Ces dispositifs de coordination sont souvent venus pallier une sectorisation de l'action publique mais ils ont maintenu de par l'autorité dont ils dépendaient un certain cloisonnement entre les secteurs. En effet, il y a eu des initiatives de coordination dans le secteur du médico-social et des initiatives de coordination dans le secteur sanitaire. Ainsi, la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels porte le passé d'une forte sectorisation de l'action publique et de réponses apportées pour y pallier sans changement structurel.

B- La coordination dans le secteur médico-social

Une présentation des nombreux dispositifs de coordination (Bloch et al., 2011) permet de mesurer l'intérêt de créer des plateformes territoriales d'appui aux professionnels. Le domaine des personnes âgées est le premier où a été évoqué le besoin de mise en place de coordination notamment dès le rapport Laroque de 1962. Dans cette logique, en 1977, le PAP 15 (VII plan) a pour objectifs d'établir dans un secteur géographique et démographique délimité, un réseau complet et coordonné de services et d'équipements pour le maintien à domicile des personnes âgées. Il s'agit de la première étape de la mise en place des coordinations gérontologiques. En 1981, la coordination devient une notion clé dans les politiques sociales de vieillesse, avec la création des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et de 500 postes de coordonnateurs. Les années 1990, qualifiées de période de rationalisation économique par le plan Juppé, sont marquées par la création des réseaux ainsi que des équipes médico-sociales des conseils généraux en charge d'établir l'éligibilité des personnes âgées à la prestation spécifique de dépendance d'autonomie, remplacée en 2001 par l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Dans la lignée des coordinations gérontologiques, les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination) sont créés en 2000 et s'inscrivent dans une politique territorialisée en faveur des personnes âgées, qui est définie dans la cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. La difficulté pour les CLIC a été de s'articuler avec les équipes médico-sociales des départements. L'acte II de la décentralisation avec la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, place ces dispositifs sous la responsabilité des conseils départementaux. A partir de là, sur certains territoires ils sont internalisés à l'activité des départements alors que dans d'autres, ils sont maintenus tels quels. Il s'agit d'un exemple permettant d'illustrer le fait que les fonctions d'appui aux professionnels s'inscrivent dans des dynamiques territoriales différentes suite à des choix stratégiques des collectivités territoriales. D'autres structures voient le jour comme les centres de ressources ou de références (pour l'autisme, la maladie rares ...) qui ont pour missions principales l'information et l'expertise. Ils sont également amenés à jouer un rôle d'interface avec les

autres professionnels notamment le médecin traitant. Dans le domaine de la gériatrie, les centres mémoires de ressources et de recherche (CMRR) et les consultations mémoires de proximité (CMP) labellisés par les ARS apparaissent au rythme des différents plans Alzheimer. Leur localisation au sein d'établissements de santé ou dans le cadre de la médecine de ville leur confère une approche médicale et un manque d'articulation avec le médico-social. Un autre type de structure est institutionnalisée : les équipes mobiles gériatriques (EMG) le plus souvent extra-hospitalières qui viennent compenser les dysfonctionnements de la filière en tissant des liens vers l'extérieur avec les acteurs sanitaires et sociaux. Ainsi, ces initiatives de coordination se placent souvent pour pallier les dysfonctionnements des choix d'organisation de l'action publique en matière de santé mais se trouvent rapidement limitées. Ces dernières années, on voit émerger le concept d'intégration qui apparaît aller plus loin que celui de coordination car engageant davantage les acteurs par une coresponsabilité et un co-financement. La méthode MAIA est une tentative de mise en place d'une offre de service d'aide et de soins intégrée dans le domaine de l'autonomie. Issues du projet québécois PRISMA et impulsées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), les MAIA voient le jour en 2009, elles présentent trois principales activités, la connaissance et la coopération des acteurs du territoire pour améliorer l'offre suite aux repérages de dysfonctionnements, la mise en place d'un guichet intégré et un service de gestion de cas dit complexes. Par ailleurs portée par la Direction Générale de l'Offre de Soins, l'expérimentation PAERPA a pour objectifs de favoriser le parcours de santé des personnes âgées par un repérage des fragilités, l'organisation d'une coordination de proximité et une planification individualisée de la prise en charge. Le défi pour les territoires d'expérimentation est d'articuler deux dispositifs naissants MAIA et PAERPA. Si la coordination a lieu au niveau micro et méso, les autorités publiques conscientes qu'elles doivent aussi avoir lieu entre décideurs, ont institué avec la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, la conférence des financeurs chargée de la coordination des financements notamment en matière de prévention. Dans une logique d'amélioration de la lisibilité de l'offre et afin d'éviter une fragmentation des réponses, elle prévoit aussi la possibilité de créer des Maisons Départementales de l'Autonomie regroupant les équipes médico-sociales du département, les Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées et les CLIC.

La notion de coordination apparaît plus récemment dans le champ du handicap (Bloch et al., 2011) car la solution qui a été promue était l'institutionnalisation. Les premiers services sont les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en 1970, qui ont pour vocation d'accompagner les enfants handicapés vivant à domicile. Le tournant important a eu lieu en 1988 avec le projet éducatif personnalisé qui implique une évolution du système

ournée vers une individualisation des prises en charge et des accompagnements. En 2004, les SSIAD pourront ouvrir des places dédiées aux personnes handicapées. Le courant de désinstitutionnalisation est marqué par de nouveaux services chargés de l'accompagnement des personnes au domicile et de la coordination des interventions. En 2005, les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés (SAMSAH) voient le jour. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées de 2004 pose le droit à la compensation pour la réalisation des activités quotidiennes et la participation à la vie sociale. Elle affirme ainsi la notion d'inclusion. Elle crée les Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées qui est un guichet unique aux droits et prestations. Leurs missions sont l'accueil, l'information, l'accompagnement, la mise en place d'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, l'organisation d'une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour la prise de décisions. Or la MDPH rencontre des difficultés au niveau des délais de traitement des demandes et ne peut répondre à certaines situations. Le rapport de juin 2014 « Zéro sans solution » interpelle les autorités gestionnaires afin qu'elles mettent en place des procédures de coordination efficaces dans le domaine du handicap. Le dispositif « réponse accompagnée pour tous » qui en découle prévoit la création de liens étroits avec les ARS, les Conseils Départementaux et l'Education Nationale en s'appuyant sur les MDPH afin de trouver des solutions d'accompagnement aux enfants et adultes handicapés et d'ainsi éviter les ruptures de parcours. Les quatre axes de « réponse accompagnée pour tous » sont : la mise en place d'un dispositif d'orientation permanent, le déploiement d'une réponse territorialisée, la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs, l'accompagnement aux changements des pratiques. L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé organise ainsi la possibilité pour les MDPH et les personnes de co-construire un plan d'accompagnement global avec l'implication des professionnels, établissements et services des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que l'autorité en charge du financement et du pilotage de l'offre. Dans cette démarche, s'inscrit la création de pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) afin d'assurer la continuité des parcours des personnes handicapées en complétant la palette de l'offre médico-sociale par une réponse souple et adaptée. Il s'agit de ne plus raisonner en termes de places mais de réponses territoriales.

De même que dans le domaine des personnes âgées, les orientations sont l'amélioration de la lisibilité de l'offre par l'identification d'une porte d'entrée unique et une meilleure articulation de l'offre de service. Ainsi, l'organisation des fonctions d'appui sera alimentée par les réformes à l'œuvre dans le domaine de la perte d'autonomie qui sont porteuses de mêmes ambitions, une vision intégrative et une logique d'offre de services. De même, la

coordination tend à se formaliser dans le secteur sanitaire et plus particulièrement pour ce qui concerne les fonctions d'appui au niveau de l'offre de soins du premier recours.

C- La coordination dans le secteur sanitaire, la coordination des soins en ambulatoire

Plusieurs éléments témoignent d'initiatives d'amélioration de la coordination des soins ambulatoires, dans un secteur où la régulation doit se faire en tenant compte d'un principe fort de l'organisation de notre système de santé, la liberté des professionnels de santé libéraux et des patients. Un des éléments marquants dans la coordination des soins tant pour améliorer la continuité des soins que pour contrôler les dépenses de santé, est la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie créant le dispositif de médecin traitant. Elle agit sur la trajectoire du patient dans le système de santé, tout en maintenant sa liberté. En effet l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale prévoit qu'afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi. L'autre levier pour améliorer la coordination des soins est une action cette fois-ci auprès des professionnels par le développement d'incitations financières. D'autres paiements que celui à l'acte sont prévus pour favoriser la coordination des soins. Ainsi, les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins d'adhérer à un contrat qui comporte des engagements individualisés pouvant porter sur des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins. La loi place progressivement le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L. 4130-1 du code de la santé publique). Le titre II de la loi HPST réorganise le système de soins en mettant en place un parcours coordonné de soins qui se décline en trois niveaux de recours. Le premier recours avec les médecins généralistes, en est la base.

Des dispositifs et organisations sont donc mis en place dans le secteur sanitaire pour permettre au médecin traitant d'assurer cette fonction de coordination du patient dans le système de santé. Avec les réseaux, les acteurs du sanitaire s'impliquent dans la coordination qui avant était portée essentiellement par les acteurs du social et médico-social. Ces regroupements sur la base du volontariat de professionnels de santé de disciplines différentes (centre hospitalier, médecin généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologue...) ont pour objectifs une coordination globale des prises en charge de leur patient, axée sur la prévention et le plus souvent pour des pathologies chroniques. En France, il existe 700 réseaux de santé, financés par le fond d'intervention

régional (FIR). Les réseaux ont deux origines, celle du gouvernement qui s'inspirant des « *Health Maintenance Organization* » souhaitait maîtriser les dépenses de santé, celle de professionnels militants y voyant le moyen d'améliorer le droit des patients. Les premiers réseaux de soins sont créés pour les patients atteints du SIDA. La loi du 4 mars 2002, institutionnalise les réseaux de santé qui se développent pour différentes maladies chroniques. Ces dernières années, plusieurs rapports consécutifs sont assez critiques vis-à-vis des réseaux et appellent à les faire évoluer. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Daniel C. et al., 2006) ou encore le rapport de 2012 de la Direction Générale de l'Offre de Soins, *Améliorer la coordination des soins, comment faire évoluer les réseaux de santé* qui précise que « les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d'information partagé) permettent de penser qu'à terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes. Il importe d'inscrire les réseaux de santé dans ces évolutions, afin qu'ils favorisent cette intégration progressive d'une part, et d'autre part, qu'ils interviennent en appui des acteurs pendant cette phase transitoire ». Depuis la loi HPST, les ARS peuvent contractualisées avec les réseaux via un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens pour accompagner cette évolution.

L'autre initiative importante en matière de coordination des soins autour du médecin traitant sont les structures d'exercice regroupé que sont les maisons et pôles de santé pluri-professionnels et les centres de santé qui sont passés, d'une dizaine en 2006 à plus de 900 en 2017, selon un état des lieux de la DGOS. Ces structures mettent en place des coordinations de niveau micro autour de la situation d'une patient et de niveau méso par la création de partenariat avec des établissements et services du territoire. Le règlement arbitral de 2015 modifié depuis mai 2017 par le nouvel accord conventionnel interprofessionnels relatif aux structures pluri-professionnelles, généralise de nouveaux modes de rémunération pour les exercices de soins coordonnés. Il valorise la mise en place entre les professionnels de santé de réunions de concertation, d'un système d'information partagé en encore l'existence de fonctions de coordination. Dans ces pratiques et outils d'amélioration de la coordination, on peut citer les protocoles pluri-professionnels élaborés à partir de recommandations de la Haute Autorité de Santé. Dans cette logique l'ARS Centre-Val de Loire en partenariat avec l'EHESP propose une formation d'animateurs de regroupements pluri-professionnels de soins primaires. Onze coordinatrices suivent actuellement cette formation. Cette formation s'inscrit dans la stratégie d'accompagnement de l'ARS au changement de pratiques. Les centres de santé, quant à eux, au nombre de 1200 en 2013, selon une étude de l'IGAS (Georges et Waquet) forment un ensemble hétérogène pouvant être spécialisés ou polyvalents. Ils ont pour point commun, une forte

identité liée à leur origine comme « pionniers d'une médecine attentive aux exclus » et ayant des « obligations communes à fort contenu social : pratique de la dispense d'avance des frais, respect des tarifs opposables de la sécurité sociale, actions sociales et de santé publique, salariat » qui leur confère une réelle utilité sociale (ibidem).

Autre élément essentiel de la coordination des soins est le déploiement de systèmes d'information avec des outils déployés au niveau national tels que le Dossier Médical Partagé (DMP), la messagerie sécurisée. D'autres initiatives de systèmes d'information partagés sont les plateformes de télémédecine ou systèmes d'information partagés pour exercices regroupés. Des versions intégrant l'ensemble des fonctionnalités nécessaires à la coordination des parcours élaborées à partir d'un projet territorial de fonctions d'appui à la coordination ont été mises en place dans le cadres des expérimentations Territoires de Soins Numériques (TSN).

La présence de deux formes de coordination et d'un manque de transversalité sont relevés dans le rapport de l'IGAS de 2014 (Blanchard et al.), « il ressort que les structures de coordination actuelles sont nombreuses et diverses, mais elles se cantonnent le plus souvent à de la coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale ». L'institutionnalisation de la notion de parcours de santé dans les politiques de santé par la loi de modernisation de notre système de santé doit répondre à ces limites.

IV- La notion de parcours et la loi de modernisation de notre système de santé

La notion de parcours (A) qui revêt plusieurs déclinaisons parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie est institutionnalisée par la loi de modernisation de notre système de santé et se concrétise à travers des mesures comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

A- La notion de parcours

La nécessité de modifier le système de santé s'explique par plusieurs constats qui font consensus au sein des autorités de santé une évolution démographique avec le vieillissement de la population, une transition épidémiologique avec la progression des maladies chroniques, la persistance des inégalités de santé et un enjeu économique de soutenabilité de notre système de santé et de protection sociale.

La notion de parcours (de soins puis de santé) dont les soins primaires pourraient être le premier maillon de la chaîne apparaît dans le discours des pouvoirs publics comme une solution afin d'éviter les ruptures dans les prises en charge, d'optimiser les dépenses de santé et de répondre à une demande d'adaptation du système de santé aux parcours de vie des patients et non plus l'inverse. Le terme de parcours est d'abord apparu dans le sanitaire avant d'être utilisé par les autres secteurs. Comme le rappelle Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut dans leur ouvrage *Coordination et parcours ; La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* (2011) ce changement paradigmatique a connu trois étapes : parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. La notion de parcours de soins est présente dans les politiques de santé depuis une vingtaine d'année, avec comme présenté précédemment la création du médecin traitant et des parcours de soins protocolisés comme en oncologie. A partir de 2011, cette notion de parcours s'inscrit dans les politiques publiques de santé de manière renforcée. Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, présente les parcours comme une solution sur le plan économique. De plus, il est également mis en avant que l'absence de vision d'ensemble crée des ruptures de parcours pouvant mettre en défaut la santé des personnes. C'est en partie suite à ce rapport que des projets expérimentaux comme celui de l'article 70 prévu par la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2012 sur le lien ville-hôpital ou le « PAERPA » ont été initiés sur les territoires.

La stratégie nationale de santé à partir de 2013 donne des recommandations au sujet de l'organisation des soins. Elle doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant qui articule les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours. La loi de modernisation du système de santé généralise la logique de parcours en s'appuyant sur les soins primaires, dans le cadre « du virage ambulatoire ». Les parcours sont un levier de transformation du système de santé (Piveteau, 2014). Ils s'inscrivent dans la continuité de nombreuses tentatives de coordination mais ils sont une rupture dans le sens où ils sont « une bascule du système de santé depuis le tout curatif vers une prise en charge plus large de la santé de la population » (Féry-Lemonnier, 2014). Il s'agit d'organiser un travail collectif sur une base territoriale. Le secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales définit le parcours (2016) « comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. » L'ouverture sur la personne et son environnement explique la notion de parcours de vie qui appelle à plus de personnalisation et de souplesse dans la réponse. Il

s'agit d'accroître la variété de l'offre de service plutôt que son volume, le but étant d'apporter, dans la durée la réponse la plus appropriée à la situation de chaque personne selon son lieu de vie mais aussi ses préférences (Bloch et al., 2016).



Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

B- La loi de modernisation de notre système de santé

L'organisation des parcours de santé est reprise par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dans son propos liminaire comme étant une partie intégrante de la politique de santé. Elle prévoit l'organisation de parcours : « qui visent, par la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilités, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques de chaque territoire afin de concourir à l'équité territoriale ». Le titre de la loi qui s'intitule : « faciliter au quotidien les parcours de santé » évoque la fluidification des parcours par la coordination des acteurs en partant des initiatives des territoires notamment avec le développement des fonctions d'appui aux professionnels et l'organisation des professionnels de santé libéraux autour d'une patientèle, en équipes de soins primaires ou sur un territoire en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

1- Les fonctions d'appui aux professionnels

L'article 74 de la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé (LMSS) crée ainsi une nouvelle mission pour les ARS. Elles sont chargées d'organiser l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Le terme d'appui à la coordination est apparu suite aux travaux sur l'évaluation des réseaux de santé de la DGOS (2012), de l'IGAS (Blanchard et al. 2014) ou encore du guide méthodologique de la HAS (2014). L'objectif des fonctions d'appui est d'apporter une aide aux professionnels de santé, du médico-sociale et du social qui ont besoin de recourir à des compétences supplémentaires pour des patients relevant de situations complexes sans distinction d'âge, de handicap, ni de pathologie. Le lien avec médecin traitant dans le cas où les fonctions d'appui sont sollicitées

par un autre professionnels est obligatoire. La mise en place des fonctions d'appui est réalisée par l'ARS et elles sont en priorité en direction des professionnels de santé de ville et définies en fonction de leurs besoins sur les territoires. Dans ce cadre, l'ARS « peut constituer, par convention, avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ». La loi définit un parcours complexe « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. » La parution du décret d'application n°2016-919 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes⁴ explicite les missions attendues des fonctions d'appui aux professionnels et leurs organisations en tenant compte des initiatives des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social des territoires. Les missions des fonctions d'appui sont :

- L'information et l'orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales,
- L'appui à l'organisation des parcours de santé complexes qui comprend l'évaluation, la concertation, la planification et l'appui à la coordination des interventions
- Le soutien aux pratiques et initiatives des professionnels.

Elles participent à éviter les ruptures de parcours et à aboutir à une organisation plus lisible du système de santé.

Le fond d'intervention régionale (FIR) dans la cadre de sa mission « organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale », peut être utilisé pour accompagner le déploiement des fonctions d'appui à travers le développement de services numériques d'appui à la coordination, la gestion de projet et le conseil juridique. Afin de fluidifier les parcours de santé, l'appui sur des exercices coordonnés des professionnels de santé libéraux constitués en équipes de soins primaires est également un levier.

2- Les équipes de soins primaires

Il s'agit d'un mode d'organisation coordonné, conçu par des professionnels de santé. Elles regroupent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours dont au moins un médecin généraliste, qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients. Leur projet de santé s'organise autour de leur patientèle, ce qui les distingue des CPTS dont le projet s'articule autour de la population. Elles peuvent prendre la forme de

⁴ Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

structures d'exercice coordonné tels que les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les centres de santé. Le projet de santé est transmis à l'ARS en vue d'une contractualisation, celui-ci n'est pas obligatoire pour la création d'une équipe de soins primaires mais en son absence l'ESP ne bénéficiera pas d'aides financières de l'ARS. Ces équipes des soins primaires peuvent se regrouper à l'échelle d'un territoire pour former une CPTS.

3- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

L'article 65 de loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé prévoit la constitution de CPTS par les professionnels de santé et en particulier les professionnels de santé de ville. Une CPTS se compose de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier recours ou de deuxième recours et d'acteurs du médico-social et social. Elle promeut une approche populationnelle. Ces acteurs s'organisent autour d'un projet de santé répondant aux besoins du territoire. Ce projet transmis à l'ARS peut amener à une contractualisation par la signature d'un contrat territorial de santé. Les pôles de santé au sens de l'article 6323-4 deviennent, sauf opposition de leur part, des CPTS. Les CPTS sont à l'initiative des professionnels de santé, c'est seulement s'il n'y a pas de projet que l'ARS intervient. Suite à l'échec du service public territorial de santé, présenté dans le rapport Devictor, la loi de modernisation de notre système de santé est moins volontaire, elle abandonne le Service public territorial de santé et laisse plus d'initiatives aux professionnels de santé avec les CPTS (Apollis, 2016). L'objectif des CPTS est une meilleure coordination des acteurs, une structuration des parcours mais elles ont un objectif plus large que l'organisation des parcours, elles concourent à la réalisation du PRS.

Ma mission de stage s'inscrit dans la mise en œuvre d'une politique publique. Il était important de comprendre le contexte, afin d'expliquer la pertinence de la mission mais aussi sa complexité. Ces éléments donneront des clés de lecture afin de comprendre la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire (Partie 2) et l'analyse des dynamiques d'acteurs dans la mise en œuvre des fonctions d'appui (Partie 3).

Partie 2 : La stratégie de déploiement des fonctions d'appui aux professionnels de santé de l'ARS Centre-Val de Loire

La main est laissée au ARS pour organiser les fonctions d'appui aux professionnels sur leur territoire. Cette partie présente donc les grands axes de la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire. Cette stratégie s'appuie sur la définition d'un schéma cible et une démarche jalonnée de plusieurs étapes (I), une volonté de co-construire les fonctions d'appui avec les institutions et les professionnels (II) facilitée par un accompagnement au changement (III).

I- La schéma régional cible et la démarche entreprise

Pour la mise en place des fonctions d'appui, l'ARS Centre-Val de Loire a souhaité s'appuyer sur une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs en ne désignant pas de porteur (A). Pour partager sa vision une journée régionale a été organisée (B) au cours de laquelle a été présentée une cartographie des acteurs du territoire (C).

A- Le schéma cible : mobilisation de l'ensemble des acteurs des territoires

Pour le déploiement des fonctions d'appui, la méthode de gestion de projet est utilisée. Une chef de projet régionale a été nommée. Elle a constitué un groupe de projet composé d'agents du siège des différentes directions « métiers » et les responsables de pôles médico-sociaux et sanitaires des délégations départementales (cf. annexe 1 organigramme du projet).

Le schéma cible régional inscrit dans la note de cadrage régionale validée en comité de direction de l'ARS Centre-Val de Loire est le suivant : « L'enjeu est de structurer sur la région Centre-Val de Loire une offre lisible et facile d'accès, cohérente voire intégrée permettant à tout professionnel qui a besoin d'un appui pour la gestion du parcours des patients en situation complexe d'y avoir accès et d'obtenir des réponses dans des délais raisonnables. »

La cible de l'organisation des fonctions d'appui est la polyvalence avec une réponse à l'ensemble des professionnels. Cela nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs œuvrant à la fluidité et à la coordination des parcours. S'il est recherché une forte adhésion de l'ensemble des acteurs, la participation des professionnels de santé libéraux apparaît primordiale. Dans les fonctions d'appui contrairement aux autres initiatives de coordination, la gouvernance doit intégrer les professionnels de santé libéraux. Pour la création des

fonctions d'appui, il s'agit d'accompagner l'émergence de projets de territoire⁵ sans réaliser de procédure d'appel à projet et sans désigner de porteur de plateformes territoriales d'appui. La logique qui sous-tend est celle de la mise à disposition pour les professionnels d'une offre de service lisible et adaptée aux besoins. L'intérêt pour l'agence est d'associer dès le départ l'ensemble des acteurs et dispositifs de coordination, de ne pas identifier un acteur plus d'un autre car aucun n'est en capacité d'assurer toutes les missions. Des projets ont déjà été déposés par certains acteurs mais pour l'ARS, ils ne respectent pas la polyvalence et ne rassemblent l'ensemble des acteurs notamment les professionnels de santé libéraux. Pour cela l'agence promeut une démarche de co-construction sur les territoires afin d'engager la responsabilité des acteurs et de s'appuyer sur les ressources du territoire existantes. En effet, les fonctions d'appui interviennent en subsidiarité, il est donc important de repérer au préalable l'existant sur les territoires à travers un travail de cartographie auquel j'ai contribué.

B- Une logique d'offre de services : le travail de cartographie

Dans la région Centre-Val de Loire, le choix a été fait de ne pas parler de plateforme territoriale d'appui afin d'envoyer un message aux professionnels qu'une nouvelle structure ne venait pas s'ajouter « au mille-feuille » mais qu'il s'agissait bien d'une nouvelle organisation, « *seules les fonctions d'appui sont obligatoires pas les plates-formes*⁶ ». Cette stratégie de langage sert plus à rendre explicite auprès des acteurs le sens de la réforme engagée car la logique d'une plateforme incarne d'abord « une modalité organisationnelle simplifiée et modulable, en lieu et place d'un archipel d'établissements et de services. » (Loubat et al. 2016)

La logique d'offre de service est présente dans les réformes actuelles du domaine de la santé qui consistent à l'affirmation de la notion de parcours. Les établissements et services doivent s'adapter au parcours de vie de la personne et non l'inverse. Il s'agit donc de réfléchir non plus en termes de structures ou de filières mais de prestations de service adaptées tout au long de la vie. Ce changement profond en matière d'organisation justifie le choix d'une démarche de co-construction. C'est aussi le sens de la réforme qui s'opère dans le secteur médico-social, avec le mouvement de désinstitutionalisation. Ces nouvelles organisations intelligentes (Loubat et al. 2016) que veulent être les plateformes sont caractérisées par une réactivité importante aux variations de l'environnement, une plasticité organisationnelle, un haut niveau de spécialisation dans les réponses et à la fois une couverture large des besoins

⁵ Le territoire qui a été proposé pour entamer les réflexions sur les projets des fonctions d'appui aux professionnels est le territoire de santé, c'est-à-dire le département.

⁶ Propos chef de projet régionale des fonctions d'appui

grâce à une coordination, une optimisation des ressources (ibidem). Ces nouvelles organisations nécessitent la réalisation d'une cartographie des acteurs afin de réaliser une analyse de leurs missions en lien avec celles des fonctions d'appui : quelles sont les ressources sur les territoires, qui fait quoi et à quel moment ? Pour ensuite que le patient bénéficie « de la bonne réponse, au bon endroit, au bon moment. ⁷»

1- La méthodologie

Il m'a été confiée la mission de réaliser ces cartographies en lien avec l'équipe projet afin de présenter les ressources des territoires exerçant des missions des fonctions d'appui. Cette cartographie a été construite à partir de matrices réalisées dans chaque département par les délégations départementales de l'ARS. Ces matrices par département se concrétisaient par des tableaux avec les items suivants complétés partiellement pour chaque structure : public, outils, professionnels, missions, partenariats. Il a été choisi de réaliser pour la journée régionale une cartographie très visuelle et pédagogique. L'objectif de cette cartographie était à la fois de montrer la présence de ressources, le manque de lisibilité et l'existence d'une approche par structure dédiée à un public ou une pathologie à faire évoluer vers une logique de parcours. Pour réaliser cette cartographie, nous avons choisi de présenter les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social qui ont des missions qui se recoupent avec les trois missions des fonctions d'appui. Les acteurs ont été positionnés en fonction des missions qu'ils réalisent. Or cette cartographie manque de précision au niveau des missions, notamment au niveau de la mission 2 « appui à l'organisation des parcours » où il est parfois difficile de distinguer les différentes activités qu'elle regroupe l'évaluation, la coordination, la concertation, la planification ou encore la mission 3 « soutien aux pratiques et initiatives professionnelles », plus difficile à repérer et répertorier dans les organisations. Sont représentés sur ces cartographies des acteurs qui interviennent hors établissement, sur le champ du domicile ou au niveau du lien ville-hôpital. Les cartographies tendent à regrouper l'ensemble des acteurs de la région qui interviennent auprès des usagers, patients, entourage à l'exception des acteurs dont le champ d'intervention est régional qui ont fait l'objet d'une cartographie spécifique. Les particularités départementales sont présentées sous forme rectangulaire. Un glossaire a été distribué pour faciliter la lecture de ces cartographies.

2- L'approche par public/pathologie

Cette première cartographie (annexe 2) présente les acteurs existants par publics ou thématiques (personnes âgées, personnes handicapées, publics en situation de vulnérabilité psychique, publics en situation de précarité, les pathologies chroniques, familles,

⁷ Définition de la coordination utilisée par la DGOS

adolescence, enfance, tous publics) en fonction des missions qu'ils réalisent. Cette classification reflète la construction des politiques sociales et sanitaires en France. Une organisation des autorités de tutelle en tuyau d'orgue, la multiplication des dispositifs au gré des plans de santé publique instituent un cloisonnement entre les secteurs sur les territoires. La spécialisation des structures par public, par pathologie provoque une parcellisation de l'offre qui apparaît à travers cette cartographie. Comme le souligne d'Halluin *et al* en 2007, la spécialisation croissante a favorisé un cloisonnement, une dilution des responsabilités et une perte de continuité dans le processus de soin. « *Il existe de fait une tension entre spécialisation complexe et standardisée de l'offre et une prise en charge individualisée* » (Bloch *et al.*, 2011). Une personne pouvant être à la fois âgée, en situation de précarité, et diabétique. Cette cartographie montre donc les limites de cette organisation à l'heure où la loi de modernisation de notre système de santé promeut une logique de parcours de santé, et de parcours de vie.

3- L'approche parcours

Cette cartographie (annexe 3) représente la graduation de l'offre dans le système d'aide et de soins. Nous avons représenté les acteurs de première ligne composés des dispositifs, structures ou professionnels qui sont considérés comme des portes d'entrée pour le secteur sanitaire (médecins traitants, professionnels de santé du premier recours, centres de santé, maisons de santé, services des urgences...) et des guichets dans le secteur du social et médico-social (Centres Communaux d'Action Sociale, Maisons du département, services sociaux, Maisons des Adolescents, Maisons Départementales de l'Autonomie, Maisons départementales des personnes handicapées...). Ils ont pour la plupart des missions d'information, d'orientation et de diagnostic ou d'évaluation.

Ensuite pour faire le lien entre l'entrée dans le système et les effecteurs, sont présents des dispositifs de coordination de proximité (qui peuvent être aussi des guichets ou portes d'entrée dans le système d'aide et de soins). Ces dispositifs de coordination de proximité créés plus récemment pour pallier à la fragmentation de l'offre en santé sont les réseaux de santé, les CLIC, les MDPH, la gestion de cas MAIA, les SAMSAH, les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité, la coordination territoriale d'appui PAERPA, ou encore le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) après hospitalisation de l'assurance maladie. Ces dispositifs appelés de proximité, proposent une coordination à un niveau micro, il s'agit d'une coordination autour du patient ou de l'utilisateur. C'est le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement des personnes.

Il faut ajouter ensuite les effecteurs du système de santé, avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux tels qu'ils sont définis par le Code de l'Action Sociale et des Familles (L 312-1) et le Code de Santé Publique et ensuite les services d'aide et d'action sociale définis par la Code de l'Action Sociale et des Familles. Ce terme d'effecteur est utilisé par la DGOS (2012) qui parle « d'effecteurs de soins ». Il correspond à un terme utilisé dans l'administration de la santé et dans la médecine. L'effecteur est un acteur dont l'activité est de délivrer des soins. Dans cette cartographie, le terme est étendu à l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les effecteurs sont les acteurs dont l'activité est de délivrer des soins ou une aide dans le système de santé. Il a surtout été utilisé, ici, afin de différencier les acteurs dont l'activité principale est la coordination, et les autres, les effecteurs dont l'activité première est de délivrer un soin, un accompagnement, une expertise... Sans omettre que les effecteurs intègrent de plus en plus la fonction de coordination à leur activité. Cette fonction de coordination est développée par exemple pour les Services d'aide et de Soins à domicile (SSIAD) ou l'Hospitalisation à domicile (HAD).

4- Entrée public / professionnel

Cette cartographie (annexe 4) distingue les structures et dispositifs offrant un service en direction des professionnels ou en direction des usagers/patients ou les deux. Qui sollicite les dispositifs le professionnels ou l'utilisateur ? Cela permet de mettre en évidence qu'il y a peu de dispositifs à destination des professionnels afin de les aiguiller dans le système d'aide et de soins. En effet des différences peuvent exister entre un appui aux professionnels et un service aux usagers, il peut y avoir des spécificités comme le moyen de recours, les horaires d'ouverture, les outils, la localisation, la communication réalisée pour le promouvoir...

A cela s'ajoute les espaces de coopérations territoriales relatifs à une responsabilité populationnelle, telles que les CPTS. Dans cette même logique, les Contrats Locaux de Santé et les Contrats Locaux de Santé Mentale favorisent également une action partenariale à l'échelle d'un territoire et en fonction de besoins du territoire préalablement identifiés. De même que la méthode MAIA, qui tend à une amélioration de l'offre pour l'ensemble des personnes âgées d'un territoire. Dans le cadre de la politique de la ville, les contrats villes permettent d'agir sur des zones définies comme prioritaires. Cette forme d'action publique s'inscrit dans la courant de territorialisation des politiques de santé et sociales qui consiste à mieux prendre en compte la variabilité et la multiplicité des situations locales. Elle ne

s'adresse pas à une catégorie de population (politiques catégorielles), mais à l'ensemble de la population d'un territoire. La territorialisation s'accompagne de l'émergence d'une multiplicité de territoires sur-mesure pour une meilleure adéquation aux besoins. Cette territorialisation s'appuie sur les acteurs des territoires et donc appelle à de nouvelles modalités de travail dans la manière de produire l'action publique, la co-construction en est l'exemple.

Cette cartographie des acteurs a été présentée lors de la journée régionale d'information et d'échange afin de faire prendre conscience d'un manque de lisibilité des ressources et d'explicitier la logique d'offre de service des fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

C- La Journée Régionale : créer une vision partagée

L'objectif de la journée régionale était de réunir l'ensemble des acteurs pouvant être concernés par la mise en place des fonctions d'appui de la région. Lors de cette journée, les missions et la démarche des fonctions d'appui ont été présentées afin de partager la même vision sur l'ensemble du territoire. Cette vision commune nécessite un langage commun, le terme de fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes est affiché et expliqué comme celui à utiliser. Les professionnels de santé ont énoncé leurs besoins en matière de fonctions d'appui. Puis l'ARS a présenté les ressources du territoire et notamment les ressources en fonctions de coordination (cartographie). Les moyens (effectifs et équivalents temps plein) consacrés aux dispositifs ayant pour fonction principale la coordination et financés par l'ARS tels que les réseaux de santé, les MAIA, le PAERPA ont été présentés afin d'initier une prise de conscience. La volonté de l'ARS étant davantage d'engager une réorganisation des moyens existants que la mise en place de nouveaux moyens a priori. Un point sur les ressources en systèmes d'information de la région a été réalisé. L'enjeu pour l'ARS est d'avoir une stratégie régionale en termes de systèmes d'information et de promouvoir sur l'ensemble du territoire régional les mêmes outils notamment en s'appuyant sur ceux conçus au niveau national comme le Dossier Médical Partagé et la Messagerie Sécurisée Santé et ceux développés en région, le répertoire opérationnel des ressources (ROR) et la plateforme de télémédecine, Covotem. La deuxième partie de la journée a été organisée en ateliers par département afin d'initier une première rencontre entre « professionnels de terrain » autour de la gestion des situations complexes sur leur territoire. L'objectif était que des acteurs de secteurs différents trouvent un intérêt à s'impliquer dans la démarche et parviennent à constituer un groupe afin de proposer un projet de fonctions d'appui aux professionnels, par département (a priori), d'ici la

fin d'année 2017. Pour cela, un exemple de situation de patient, « le cas de Monsieur José », également proposé aux cadres intermédiaires de l'ARS lors de l'accompagnement aux changements de pratiques de l'EHESP⁸ a été visionné. L'idée était de s'appuyer sur le parcours d'un patient avec de nombreuses ruptures afin qu'il catalyse les échanges de professionnels venant de mondes différents autour d'une situation qui leur fait sens. Les ateliers ont réuni autour de la table des acteurs très variés professionnels de santé libéraux, professionnels d'établissements de santé, professionnels de l'administration du social et de la santé, travailleurs sociaux, professionnels des dispositifs de coordination, de réseaux de santé, de MAIA, des Maisons Départementales des Adolescents, de la protection judiciaire de la jeunesse... La composition des groupes a été marquée par la diversité des professions, statuts, organisations, champs d'intervention avec un point commun celui de participer au parcours de santé des patients et des usagers. Ces groupes de travail ont été animés par les délégations départementales en partenariat avec des professionnels de santé de la Fédération des URPS.

J'ai participé à la préparation de cette journée avec l'équipe projet. Ma première mission a été la construction d'un annuaire de 300 acteurs du sanitaire, social, médico-social de la région et en particulier les acteurs du domicile et de préparer les invitations. Au siège ma fonction était à la fois de repérer les acteurs régionaux à inviter comme les organismes représentatifs (la Fédération des maisons et pôles de santé, la Fédération Hospitalière de France, la Fédération des Etablissements Privés, la Fédération Régionale de Promotion de la Santé, l'Union Régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux-URIOPSS, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne...), ou encore les réseaux de santé régionaux. Ensuite, il a été convié les acteurs dont les territoires d'intervention sont le département ou l'infra-départemental. Pour cela nous nous sommes appuyés sur les délégations départementales et leur ancrage territorial. Le siège ayant donné des orientations sur la présence d'au moins un représentant des professionnels de santé libéraux, du Conseil Départemental, des Caisses d'Assurance Maladie et de Retraite, d'un établissement de santé, d'un établissement médico-social, d'un SSIAD, d'un service d'aide à domicile, d'un représentant des usagers, des réseaux de santé et des MAIA. Il s'agissait d'anticiper la constitution des prochains groupes projets de territoire. Pour cela, j'ai sollicité différents référents thématiques du siège. Un référent étant présent pour chaque politique ou dispositif impulsé ou financé par l'ARS. J'ai ensuite réalisé des recherches concernant des acteurs qui ne sont pas financés ou autorisés par l'ARS et qu'il était pertinent d'associer à la réflexion sur les fonctions d'appui, en particulier pour les

⁸ Présenté dans le III de la partie 2

acteurs du secteur social, en mobilisant mes connaissances des politiques sociales. Cette première étape qui apparaît anodine, m'a permis à mon arrivée en stage de découvrir les prérogatives de l'agence, les différents services et son organisation notamment la répartition des rôles et missions entre le siège de l'ARS et des délégations départementales. Par la transversalité du projet, j'ai pu compléter ma connaissance des politiques et des acteurs du champ de la santé. Elle a également facilité, un premier contact avec les responsables de pôle des délégations départementales qui sont au premier plan du déploiement des fonctions d'appui sur les territoires...

Afin de préparer cette journée, j'ai participé à l'organisation d'une réunion avec les acteurs qualifiés d'« incontournables » dans la création des fonctions d'appui. Il s'agit d'acteurs institutionnels qui participent à la conception des politiques publiques et qui les financent, s'ajoute également les représentants des usagers et des professionnels de santé. Etaient donc conviés à cette réunion la Direction de la Coordination et de la Gestion du Risque (DCGDR), les Conseils Départementaux, le Conseil Régional, le Collectif Inter-Associatif sur la Santé. Cette réunion a été organisée en partenariat avec la Fédération des URPS. L'objectif de cette rencontre était une première présentation des missions et de la démarche afin que ces acteurs importants participent et mobilisent leurs agents et membres pour la journée régionale et ainsi que dans les groupes projets sur les territoires.

Après avoir décrit le schéma cible et présenté la journée régionale, je développerai dans la partie suivante la démarche de co-construction qui s'opère et qui apparaît comme la méthode privilégiée par l'ARS pour la mise en place des fonctions d'appui.

II- La co-construction au sein de l'ARS Centre Val de Loire

La co-construction est une notion largement utilisée dans le langage institutionnel de l'ARS (A), elle se concrétise par la volonté d'agir avec les acteurs repérés comme « incontournables » (B) et par une transversalité qui s'opère également au sein de l'agence entre les directions métiers (C).

A- La démarche de co-construction

Une volonté forte et exprimée de l'ARS est de co-construire avec les acteurs du territoire le PRS de 2^{ème} génération mais aussi d'autres travaux comme la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels de santé. Ce terme de « co-construction » figure dans le discours de la directrice générale, diffusé à l'ensemble des agents. La co-construction a été initiée

par le secrétariat général des ministères sociaux lors des recommandations pour l'écriture des nouveaux PRS. Cette notion est prégnante au sein de l'accompagnement EHESP dont bénéficient les cadres intermédiaires de l'agence. Son utilisation montre la volonté de l'ARS qui reste une institution jeune, de s'inscrire davantage dans une logique bottom-up (ascendante) et de prendre ses distances avec « *l'image régaliennne résultant des DASS*⁹ » et celle de bureaucratie associée à l'assurance maladie.

Le terme de co-construction est un terme assez récent qui signifie en sociologie politique « l'existence d'une pluralité d'acteurs impliqués dans la production d'une politique, d'un projet, d'une catégorie, d'un dispositif technique ou de connaissances » (Akrich, 2013). Cette co-construction s'inscrit dans un contexte de transformation de l'Etat qui est passé d'un Etat régalien, à un Etat-Povidence et qui se positionne aujourd'hui comme un Etat régulateur. Du fait de la multiplicité des acteurs qui participent à production de l'action publique, l'Etat intervient plus indirectement, fait faire et agit en interaction avec les autres acteurs¹⁰. Selon la chercheuse au CSI-Mine ParisTech, Madeleine Akrich (2013), on relève deux contextes principaux d'utilisation de la notion de co-construction : le premier renvoie à la coopération entre les autorités dans l'élaboration de politiques publiques ; le second plus vaste en termes de champs d'application, désigne de manière spécifique et dans le cadre de certains processus, la participation d'acteurs « inhabituels » compte-tenu de la répartition convenue des prérogatives, des compétences et de l'expertise. Suite à un entretien avec un directeur d'ARS, la première forme de co-construction (selon la définition de Madeleine AKRICH) qui a lieu entre les autorités de tutelle existe depuis plusieurs années mais elle s'étend aujourd'hui dans un champ d'application plus vaste et avec l'idée de ce lien « entre le haut et le bas ». Pour la mise en place du PRS 2^{ème} génération, les acteurs qui habituellement sont les destinataires des politiques participent à la définition des objectifs opérationnels avec l'ARS. Dans le cadre des fonctions d'appui la co-construction est recherchée entre les acteurs institutionnels que sont les Caisses de retraite et d'assurance maladie, les Conseils départementaux et les organismes régionaux représentatifs des professionnels de santé et des usagers ainsi qu'avec les acteurs dits de « terrain », professionnels, services et établissements mettant en œuvre les politiques de santé et sociales sur les territoires. Michel Foudriat, sociologue, dans un ouvrage de 2016, « la co-construction, une alternative managériale » s'interroge de l'usage « quasi-inflationniste » de cette notion dans les champs du développement territorial et de l'action éducative et sociale. Pour l'auteur, « *l'usage inflationniste de la notion de co-construction viendrait ainsi signifier le constat que les notions*

⁹ Propos recueillis auprès d'un agent suivant l'accompagnement

¹⁰ Apport l'unité d'enseignement promotion de la santé du master 1 Santé Publique, cours de sciences politiques de Blanche Le Bihan

de participation et de diagnostic partagé sont devenues critiquées parce qu'elles sont restées trop équivoques et ont fait surtout l'objet de manipulation ». Au sein de l'ARS Centre-Val de Loire, la co-construction est utilisée comme un des leviers pour induire le changement.

B- La co-construction avec URPS, les Conseils Départementaux, les Caisses d'Assurance Maladie et Vieillesse pour les fonctions d'appui

La co-construction se concrétise par l'association forte et recherchée de la Fédération des URPS dans la mise en place des fonctions d'appui ainsi que des acteurs dits « incontournables » et enfin de l'ensemble des acteurs des secteurs du sanitaire, social et médico-social.

1- Le partenariat entre la Fédération des URPS et l'ARS

L'ARS organise les fonctions d'appui aux professionnels de santé en partenariat avec la Fédération des URPS qui regroupe les dix URPS de la région Centre-Val de Loire (Biologistes, Chirurgiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Médecins Libéraux, Pédiatres-Podologues, Pharmaciens, Orthophonistes, Orthoptistes et Sages-femmes) de la région Centre-Val de Loire, ce qui en est fait un interlocuteur privilégié de l'ARS. Passant des URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux) créées en 1993¹¹, aux URPS représentant les différentes professions de santé en 2009, les professionnels de santé libéraux se sont organisés en Fédération. Les facteurs favorables au partenariat entre la Fédération des URPS et l'ARS sont, selon le Président de la Fédération des URPS, son profil de médecin de santé publique qui lui permet de « parler à la fois le langage des professionnels de santé et celui de l'administration¹² » et la faible densité médicale de la région qui facilite les consensus. De plus son Président explique, noter et rappeler clairement la distinction entre la participation à la définition de politiques régionales de santé qui est une mission de la Fédération et la négociation syndicale. Il apparaît qu'un des axes forts de la politique de la Directrice Générale est d'établir un partenariat avec les professionnels de santé libéraux. Leur association pour l'organisation des fonctions d'appui s'est concrétisée à travers l'organisation de la journée régionale, où la Fédération a présenté les besoins des professionnels de santé libéraux et a assuré la présence de professionnels de santé libéraux au sein des ateliers de territoire. La tenue et le programme d'une journée régionale ont été décidés conjointement par la Directrice Générale de l'ARS et le Président de la Fédération des URPS lors de leur rencontre mensuelle. Des échanges entre la chef de

¹¹ Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie

¹² Propos du Président de la Fédération des URPS de la Région Centre-Val de Loire

projet ARS des fonctions d'appui aux professionnels et la coordinatrice CPTS salariée de l'URPS ML ont eu lieu afin de préparer cette journée au sujet du programme, des thèmes abordés, du contenu des ateliers... Si la démarche des fonctions d'appui nourrit celle des CPTS et vice versa, l'URPS ML recentre son action sur la mise en place des CPTS et l'ARS organise en lien avec les professionnels de santé libéraux les fonctions d'appui.

2- La volonté d'associer les acteurs institutionnels « incontournables »

Les conseils départementaux et ARS

Lors de la réunion de préparation de la journée régionale, les six conseils départementaux de la région étaient représentés par des personnes aux fonctions et statuts différents : médecin de la direction de l'autonomie, adjointe de la direction de l'autonomie, responsable d'une maison du département, directeur d'une maison départementale de l'autonomie, pilote MAIA, une élue (Vice-présidente du conseil départemental). La surreprésentation du secteur médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) s'explique en partie par les habitudes de travail dans le domaine de la perte d'autonomie entre les départements et des ARS alors que les fonctions d'appui sont polyvalentes et concernent donc les autres prérogatives des conseils départementaux que sont l'aide et l'action sociale, la protection de l'enfance et la protection maternelle infantile. De plus, la pluralité des fonctions et statuts présents s'explique par les faibles habitudes de travail établie entre la direction de l'offre sanitaire les conseils départementaux. Les courriers d'invitation pour cette rencontre ont été adressés uniquement aux élus, aux présidents des conseils départementaux qui les ont transmis à qui ils pensaient être concernés. Il est difficile pour l'ARS d'avoir une visibilité sur le fonctionnement et l'organisation des six départements. Du côté des départements, il y a la crainte de perdre leur indépendance et d'un retour du contrôle de l'Etat dans des domaines relevant de leurs prérogatives. Ce sentiment est renforcé par les réformes territoriales qui font des missions du social et le médico-social, le cœur de métier des départements. Lors de cette rencontre, les départements se sont montrés plutôt favorables à la démarche de l'ARS de les associer et de s'appuyer sur l'existant. Ils ont mis en garde l'ARS au sujet des organisations très diverses d'un département à l'autre et des démarches d'intégration déjà à l'œuvre. L'un des départements à montrer plus d'hostilité à l'uniformisation de certains outils (ROR) et en réaction aux besoins des professionnels de santé libéraux en fonctions d'appui exprimés. La pénurie de médecins traitants dans certains départements cristallise les tensions envers la profession médicale dont a été porteur un des départements. Ainsi, les relations entre les départements et l'ARS se heurtent à des différences d'échelon (départemental, régional), de statut (service déconcentré, décentralisation), d'organisation (centralisé /de proximité), de culture (sanitaire/social, médico-social). Les conseils départementaux résultent de la décentralisation qui désigne l'ensemble des processus qui

aboutissent à distribuer les pouvoirs et les responsabilités en diminuant les prérogatives des autorités centrales nationales (Bras, 2009). L'acte II de la décentralisation a fait du département le chef de file des politiques sociales (Lafore, 2004). En effet, la loi du 13 Aout 2004, confie au département la responsabilité d'élaboration et de conduite d'une politique départementale pour l'ensemble de l'action sociale, sans pour autant lui confier une capacité décisionnelle totale. Or la loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (Notre) du 7 août 2015, supprime la clause de compétence générale des départements et introduit « une nouvelle clause de compétence sociale » qui précise que les départements s'occupent de la prévention et de la prise en charge des situations de fragilités, du développement social, de l'accueil des jeunes enfants et de l'autonomie des personnes ainsi que le de l'accès aux droits et services publics dont il a la charge (article L. 3211-1 du Code Général des Collectivité Territoriales). Le chef de file en matière de politique sociale et médico-social du département n'est pas remis en question et dans cette logique la loi d'adaptation de la société au vieillissement met l'accent sur son rôle de coordinateur des politiques d'autonomie. Toutefois, les départements qui attendaient une clarification entre les rapports de l'Etat et des collectivités territoriales afin d'éviter les situations de défiance ne sont pas totalement satisfaits et sont obligés de coopérer avec les ARS (Rapinat, 2017). En parallèle on assiste à une régionalisation de la politique de santé consacrée avec la mise en place des ARS en 2009 et qui s'apparente à un renforcement de la régulation étatique en matière de santé. Selon Pierre Villeneuve interrogé dans le revue Territoire et Santé (2016) « Les ARS sont progressivement devenues les maître d'ouvrage délégués de l'Etat à l'échelle du territoire dont elles ont la responsabilité. Et de manière incidente, la territorialisation des ARS a été renforcée par la loi du 16 janvier 2015 qui a conduit la fusion des conseils régionaux, des préfectures de région et des ARS au 1^{er} janvier 2016. Donc plus qu'à une réelle décentralisation, en partie démentie par les lois Maptam¹³ et Notre, les collectivités territoriales doivent être attentives aux conditions de co-construction et d'association en matière de planification des besoins de santé. » Ainsi, une telle répartition des compétences en matière de santé, social et médico-social appellent à une co-construction des Conseils départementaux et ARS. Selon Jean-Michel Rapinat (2017) de l'assemblée des départements de France « les coopérations existent mais sont à parfaire. C'est une entreprise de longue haleine qui suppose de s'appuyer sur une confiance réciproque. »

¹³ Loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles

Les caisses d'Assurance Maladie et ARS

La DCGDR qui organise coordonne les dépenses des régimes de l'Assurance Maladie depuis 2006 et dont le rôle a été renforcé avec le création des ARS Centre-Val n'était pas présente alors que plusieurs dispositifs mis en œuvre par les caisses d'assurance maladie comme le programme PRADO ou encore son service d'accompagnement des malades chroniques (SOPHIA) - (cf. cartographie des acteurs) ont des missions rejoignant celles des fonctions d'appui. L'hypothèse de ce faible intérêt initiale dans la mise en place des fonctions d'appui est leur implication dans le déploiement de leur Plate-forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux soins et à la Santé (PFIDASS) qui a pour objectif de lutter contre le renoncement aux soins. Les personnes ayant des difficultés d'accès aux droits ou en situation de rupture de droit sont repérées par des professionnels. La plate-forme rappelle la personne pour leur proposer un accompagnement. Des contacts entre le régime général de l'assurance maladie concernant ce dispositif ont eu lieu mais avec la direction de la santé publique et de l'environnement dans la cadre du PRAPS (Projet Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins).

C- Une co-construction en interne

« Nous demandons à nos partenaires de travailler en transversalité nous devons l'appliquer également au sein de notre institution¹⁴ ». Au niveau de la mise en place des fonctions d'appui, un groupe projet interne a été constitué comprenant des agents des directions métiers de l'offre sanitaire, de l'offre médico-sociale, de la santé publique et de l'environnement et la direction générale ainsi que les responsables de pôles médico-social et sanitaire des Délégations Départementales. Les fonctions d'appui aux professionnels qui rassemblent l'ensemble des acteurs du sanitaire, médico-social et social doivent se coordonner avec les politiques du domaine du handicap, des personnes âgées, de l'offre sanitaire, de la prévention et promotion de la santé... Il s'agit également de s'appuyer sur les outils de la e-santé, de participer à leur déploiement en s'accordant avec la charte d'urbanisation en système d'information de la région. Ainsi pour la mise en place de nouveaux dispositifs ayant pour missions la coopération, la coordination, l'intégration pensées sans réelle cohérence au niveau national, la responsabilité pour les directions de l'ARS est de s'interroger sur leur complémentarité et leur articulation sur les territoires de la région. Il s'agit d'éviter les doublons et d'échapper à un cloisonnement de l'offre sur les territoires. Par des orientations communes et des recommandations adressées auprès des acteurs financés, l'ARS peut favoriser une articulation et une cohérence sur les territoires.

¹⁴ Propos du directeur général adjoint lors de l'assemblée générale de l'ARS Centre-Val de Loire du 16 mai 2017.

Cette cohérence peut aussi être réalisée par des mutualisations de moyens qui est une solution envisagée. Ce travail de co-construction en interne permet d'améliorer l'efficacité des services rendus, de rendre plus lisible l'offre de service. Au niveau du médico-social, la mise en place de la « Réponse accompagnée pour tous » et des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) qui seront déployés en ARS Centre-Val de Loire en septembre 2017, ont des missions qui peuvent se recouper avec celles des fonctions d'appui. Pour le déploiement des PCPE, suite à des appels à projet, un acteur dans chaque département a été choisi pour porter leur mise en place. Il a été précisé à ces nouveaux dispositifs en cours de construction lors de leur notification d'éligibilité de prévoir une articulation avec les fonctions d'appui. Une réflexion est en cours sur la manière d'impliquer davantage les pilotes des MAIA par leurs compétences en gestion de projet, leurs méthodes de travail dans la création des fonctions d'appui. Le même travail est à engager avec la direction de la santé publique et de l'environnement afin de convenir de la place et du financement de l'éducation thérapeutique du patient réalisée notamment par les réseaux de santé dans les futures fonctions d'appui. D'autres questions ont été abordées comme l'articulation entre les contrats locaux de santé et les CPTS et la place par exemple des animatrices de CLS. Un tel travail en transversalité est encouragé et facilité par le troisième axe de la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire qui est d'accompagner le changement de pratiques par des programmes de formation continue.

III- L'accompagnement au changement de pratiques

Les évolutions qui s'engagent dans le système de santé comme elles ont été présentées dans la première partie, témoignent d'un changement pour les organisations. L'ARS Centre-Val de Loire a donc choisi d'investir dans l'accompagnement de ses agents mais aussi des acteurs du territoire notamment les dispositifs de coordination et les exercices regroupés de soins primaires. Ces accompagnements assurés par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique en partenariat avec d'autres institutions agissent sur la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels.

Ainsi, l'ARS Centre-Val de Loire comme d'autres ARS a fait le choix de proposer à ses cadres intermédiaires une formation, la formation (Appui ARS Parcours et Territoire) AAPTE réalisée par l'EHESP, en partenariat avec la HAS. Cette formation s'inscrit dans la continuité de travaux engagés à la suite d'un accompagnement intitulée Animation Territoriale qui a consisté à travailler l'articulation siège – délégation départementales au titre d'une méthode de travail confiée aux délégations, l'animation territoriale suite à la loi HPST. La formation

AAPTe a été proposée par le Secrétariat Général du Ministère de la Santé¹⁵ pour accompagner la démarche de co-construction dans le cadre de l'écriture du PRS de deuxième génération. Au sein de l'ARS Centre-Val de Loire, elle a été étendue à d'autres projets et notamment à la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels de santé, volonté de la directrice générale. D'après la présentation du directeur général adjoint lors de l'Assemblée Générale, il s'agit « de partir des cas concrets, des préoccupations des usagers et non plus des textes », ensuite elle a pour but d'impulser une transversalité que ce soit à l'extérieur de l'ARS qu'en interne, « il faut passer d'une logique de juxtaposition à une logique plus intégrée ». Ainsi « traiter les aspects du social n'est pas de nos missions mais on doit savoir passer le relais. Il faut travailler les interphases qui sont une fragilité dans nos politiques publiques ». Cette formation accompagne la transformation des organisations et l'évolution de leur culture et le changement des pratiques par de nouvelles compétences et la proposition d'outils. L'objectif étant de transformer l'offre de santé sur les territoires dans la logique de parcours de santé. Cette formation diffuse à la fois des apports théoriques, méthodes et outils qu'elle met en lien avec les missions des agents grâce à des ateliers de groupes et des exercices de mise en situation. Elle s'appuie des techniques telles que le coaching de groupe et la formation-action qui peuvent parfois déconcerter les participants. Elle vise à favoriser un positionnement des cadres de l'agence comme animateurs, mobilisateurs des acteurs du territoire et propose un accompagnement à la conduite de projet. Une mise en application des apports de la formation est demandée aux participants en lien avec leurs projets en cours. Les plateformes territoriales d'appui sont un des projets présentés et travaillés lors de cette formation.

Cette formation permet de faire travailler ensemble au cours d'exercices, les différents cadres des directions de l'agence (offre de soins, médico-social, prévention/environnement, stratégie) ainsi que les différents échelons, autant des cadres de l'agence que des cadres des délégations départementales. Afin d'engager un changement sur l'ensemble de l'organisation, les formations sont restituées par les cadres intermédiaires ayant participé à la formation aux cadres de proximité et une communication est réalisée à l'ensemble des agents.

La deuxième formation dispensée sur la région et celle réalisée par des accompagnateurs relais formés à l'EHESP afin d'accompagner les réseaux de santé vers les fonctions d'appui à la coordination. Cette formation promue par l'Union Nationale des Réseaux, réalisée par l'EHESP et financée par la CNAMTS s'adresse aux réseaux de santé afin qu'ils évoluent

¹⁵ Propos directeur général adjoint

vers les fonctions d'appui. Or comme les réseaux ne sont pas les seuls porteurs potentiels des plateformes territoriales d'appui. L'ARS a demandé que cette formation soit ouverte aux autres dispositifs de coordination. Il était donc présent lors du premier séminaire, des réseaux, deux pilotes MAIA, une chargée de mission Maison Départementale de l'Autonomie, le médecin d'une MSP, la présidente de la Fédération régionale des maisons et pôles de santé, une médecin généraliste, élue URPS. La réunion de préparation la journée régionale sur les fonctions d'appui avait été l'occasion de présenter cette formation aux acteurs incontournables afin de s'assurer de la présence des dispositifs de coordination portés par les départements. J'ai participé au premier séminaire de cette formation qui proposait des méthodes d'animation pour favoriser la création d'un groupe et amener les acteurs à se projeter dans la mise en place des fonctions d'appui. Les acteurs ont questionné l'articulation entre ce dispositif de formation et les groupes projets de territoire.

La troisième est la formation d'animateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires. Il s'agit de soutenir l'évolution des cultures et des pratiques en cours au niveau des professionnels de santé du premier recours pour améliorer le service rendu auprès des populations. Les coordinateurs formés sont en poste dans des maisons et pôles de santé. Cette formation les accompagne dans l'animation d'une équipe de soins primaires et la gestion juridique et financière d'une maison de santé. J'ai participé à un séminaire de cette formation que je connaissais au préalable ayant participé à son dispositif d'évaluation. J'ai observé des coordinateurs de maisons et pôles de santé préoccupés par leur posture professionnelle, ayant des difficultés à mobiliser l'équipe de soins primaires et certaines inquiètent quant à la pérennité de leur poste. J'ai peu observé de projections dans des dynamiques territoriales.

L'enjeu pour l'ARS Centre-Val de Loire est de centraliser cette offre de formation à la fois interne et externe et de la diffuser afin d'accompagner le changement du système de santé. Des constantes se retrouvent dans ces formations, la diffusion d'une vision globale de la santé, d'un système de santé plus intégré, l'implication du patient. Ces formations viennent s'inscrire au cœur des dynamiques territoriales et nourrissent la mise en place des fonctions d'appui. Elles permettent une diffusion des logiques de parcours, de co-construction auprès des partenaires pour en faire relais de la démarche auprès de l'ensemble des acteurs du territoire.

Partie 3 : Mise en œuvre des fonctions d'appui sur les territoires

Après avoir présenté la complexité du contexte national et régional dans lequel s'inscrit la mise en place de cette politique publique que sont les fonctions d'appui (Partie 1) et avoir présenté les axes forts de la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire pour leur déploiement (Partie 2), dans cette dernière partie est présentée les perceptions des acteurs. Il s'agit d'analyser comment les fonctions d'appui et la démarche proposée sont considérées par les acteurs (I), de présenter les dynamiques en cours sur les territoires autour du premier recours et des acteurs du médico-social et social (II) et enfin de proposer des perspectives qui apparaissent se dessiner, selon mon analyse, pour l'organisation des fonctions d'appui aux professionnels dans la coordination des parcours de santé complexes (III).

I- Attentes et inquiétudes des acteurs concernant la mise en place des fonctions d'appui

La journée régionale d'échange et d'information a représenté le lancement de la démarche de la mise en œuvre des fonctions d'appui en région Centre-Val de Loire. 170 personnes représentant l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social ont répondu présent à cette journée : professionnels de santé libéraux, conseils départementaux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux, réseaux de santé, MAIA, équipes mobiles, Maisons départementales des adolescents, associations représentant les usagers, membres des fédérations... De manière globale à la suite de cette journée, il se dégage un consensus sur le manque d'efficacité dans les pratiques de coordination, un intérêt à s'investir dans les projets de territoire sur les fonctions d'appui et des inquiétudes pour la pérennité de certaines structures et sur l'absence de moyens alloués pour accompagner ce changement dans un premier temps. Lors de cette journée, en plénière ou durant les ateliers, les professionnels ont exprimé leurs attentes vis-à-vis des fonctions d'appui (A) mais aussi les limites de cette démarche (B). Cette analyse est également complétée par les propos recueillis lors du premier séminaire d'accompagnement EHESP auprès des réseaux et des autres dispositifs de coordination.

A- Les besoins et attentes en matière de fonctions d'appui pour les acteurs du territoire

1- Les besoins des médecins généralistes libéraux

Les besoins des professionnels de santé libéraux en matière de fonctions d'appui recueillis à partir de focus groupes dans deux territoires différents ont été présentés lors de la journée régionale par la vice-présidente de l'URPS Médecins Libéraux. Cette intervention jugée « concrète » a été appréciée par les acteurs présents. Les médecins traitants ont expliqué leurs difficultés d'accès au bon interlocuteur dans la prise en charge d'un patient. Ils reconnaissent une méconnaissance de leur part, des dispositifs et structures existants et de leurs missions. Ils manquent de temps pour le soin et ont parfois un sentiment d'échec face à des situations qui ne trouvent pas de solutions adaptées. Leur demande est d'avoir une prise en charge globale médicale et sociale des patients et de sécuriser les parcours de santé complexes. Un recueil de leurs besoins en matière de fonctions d'appui a été réalisé par missions (des fonctions d'appui).

Pour la mission d'information et d'orientation, leurs besoins est de connaître les spécificités des interlocuteurs et leurs disponibilités, de disposer d'un accès direct pour les professionnels et de développer les moyens de communication pour solliciter une expertise médicale ou un rendez-vous dans un délais adéquat.

Pour la mission d'appui à l'organisation des parcours complexes, ils souhaiteraient pouvoir communiquer avec les autres professionnels en disposant des documents nécessaires au suivi (compte rendu médical et social), en utilisant des moyens de communication sécurisés et par l'organisation de concertation pluri-professionnelles rémunérées et tracées. Ils souhaitent une adaptabilité et réactivité de la réponse en fonction de la complexité et de l'urgence de la situation. Afin de trouver une réponse administrative ou sociale adéquate, ils aimeraient la mise en place de personnes référentes permettant d'orienter au mieux l'utilisateur et de coordonner les différentes interventions médico-sociales et sociales mais une aide dans les démarches administratives.

Pour la mission soutien aux pratiques et initiatives professionnelles, ils envisagent la mise en place d'outils de communication, de formations pluri-professionnelles, d'un dossier partagé social et médical et d'une sécurisation des échanges.

Il apparaît à travers l'expression de leurs besoins nombreux éléments qui se rapportent à la gestion des risques, aux outils de communication et l'accès aux professionnels (secteur sanitaire et social). Les autres acteurs présents lors de la journée régionale ont pu partager en plénière ou lors des ateliers leurs attentes sous formes de défis à réaliser pour améliorer la coordination des parcours.

2- Les attentes des acteurs

Mettre en place une porte d'entrée unique. L'ensemble des acteurs ont exprimé le manque de lisibilité de l'offre d'aide et de soins actuelle. Des temporalités différentes entre les professionnels de santé libéraux et les autres acteurs provoquent des ruptures de parcours au moment de l'orientation. Pour cela, les acteurs ont demandé la mise en place d'une porte d'entrée unique facile d'accès, avec des horaires d'ouverture adaptés à l'exercice libéral et pour l'ensemble des publics sans distinction d'âge, de pathologie ou d'handicap.

Améliorer la connaissance mutuelle. La nécessité d'améliorer la connaissance mutuelle entre les acteurs a été aussi un des éléments mis en avant lors de cette journée. Pour les acteurs cette interconnaissance n'est pas uniquement de l'ordre d'un outil c'est-à-dire le partage d'un répertoire commun mais du ressort de l'organisation de temps d'échange. Les espaces comme les contrats locaux de santé ou les CPTS ont été proposés comme pouvant être le lieu de ces rencontres entre acteurs de territoire. L'importance de poursuivre la réalisation d'une cartographie ou un audit des missions des acteurs par territoire ont aussi été demandés. L'absence aujourd'hui de langage commun entre les professionnels a été rappelé et perçu comme un frein au travail pluridisciplinaire. Pour certains, les fonctions d'appui peuvent être un moyen de mieux se faire connaître et ainsi d'exploiter le potentiel de leur dispositif comme l'a exprimé le responsable d'une maison des adolescents.

Faciliter la circulation des informations. Un autre élément mis en avant est le défaut de circulation des informations entre les acteurs. Les médecins généralistes regrettent le manque de retours à leur destination. Les acteurs, eux expliquent une absence de réponse lorsqu'ils interpellent les médecins généralistes ou leur font des retours. Des systèmes d'information nationaux sont disponibles pour échanger et partager les informations comme la messagerie sécurisée ou le Dossier Médical Partagé. Or les usages sont encore peu développés dans la région. Ensuite, le cloisonnement persiste entre les secteurs sanitaire et social, car ces outils ne sont pas accessibles aux structures sociales et médico-sociales, à l'exception de l'expérimentation PAERPA où la messagerie sécurisée normalement réservée aux professionnels ayant une carte professionnel de santé a été ouverte à des institutions du médico-social et social.

Organiser les parcours de santé complexes. La nécessité de repérer et d'anticiper les situations complexes par une évaluation standardisée a été énoncée. Les acteurs

s'accordent sur le partage d'outils communs. La gestion de cas est vue comme une solution et les acteurs souhaiteraient qu'elle soit étendue à d'autres publics que celui des personnes âgées. Contrairement à ce qui existe pour le dispositif MAIA, une souplesse est demandée dans les critères de complexité. L'organisation des parcours de santé complexes demande du temps et un suivi dans la durée et donc la question des moyens a été un des points d'attention mis en avant par les acteurs. Ils demandent la valorisation des expériences existantes notamment les initiatives tels que le PAERPA, les MAIA, les réseaux de santé. L'articulation entre le sanitaire et le social est une attente importante pour les acteurs.

La place du patient. L'organisation des fonctions d'appui ne peut se faire sans penser la place des patients et des aidants dans l'organisation du parcours. L'organisation de la coordination autour de la personne demande d'avoir une réflexion éthique. Quelle place dans le dispositif, quelle participation aux concertations pluri-professionnelles ?

Le visionnage d'un cas pratique lors des ateliers, amène aux consensus suivant : les acteurs réalisent chacun correctement leurs missions mais que le manque de lien entre les différents périmètres d'intervention met à mal la continuité et la qualité des prises en charge et de l'accompagnement. La question des fonctions d'appui s'inscrit dans une démarche de réorganisation du système de santé. Des interrogations et des limites quant à la mise en place des fonctions d'appui ont été exprimées durant la journée mais aussi au sein du séminaire d'accompagnement EHESP/UNR vis-à-vis de la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes.

B- Les inquiétudes et des limites

1- Une hétérogénéité importante dans les pratiques des médecins traitants

Plusieurs limites peuvent être apportées à cette présentation des besoins en matière de fonctions d'appui réalisée par la vice-présidente de l'URPS ML. Tout d'abord le fait que seuls des médecins généralistes libéraux aient été interrogés. Pour certains acteurs, malgré un discours porté par la Fédération des URPS, l'absence des paramédicaux sur le devant de la scène est représentatif d'une démarche encore trop médico-centrée. Selon un médecin généraliste¹⁶, les besoins exprimés reflètent une vision conservatrice de la médecine, centrée sur le soin. Il le justifie en expliquant que les médecins traitants évoquent d'abord comme principales difficultés l'accès aux spécialistes libéraux mais aussi aux praticiens hospitaliers dans l'expression de leurs besoins. Ce même médecin a mis en garde sur un discours des élus de l'URPS qui est différent de celui des professionnels de santé du

¹⁶ Propos recueillis lors d'un entretien

territoire très difficile à mobiliser. En effet, la profession de médecin généraliste regroupe un grand nombre de pratiques qui se rapportent à la fois à l'exercice de la discipline mais aussi aux pratiques sociales dans sa relation avec le patient, une typologie en trois figures, présentée ci-dessous (Sarradon-Eck et al., 2004 in Bloy et Schweyer, 2010) nous éclaire :

- Le « médecin de famille-pivot » c'est un médecin qui valorise la connaissance approfondie de ses patients avant la technicité, il « encadre » ses patients avec un rôle d'entrepreneur moral et une volonté de centraliser les informations, justifié par un rôle de pivot de l'offre de soins.
- Le « médecin de famille-coordonateur » partage avec le premier l'idée d'une médecine fondée sur la relation humaine, mais conçoit le métier comme un accompagnement du patient, dont l'autonomie est respectée. Dans ce cas, le médecin se donne un rôle de conseil et de coordinateur d'itinéraires thérapeutiques variables de patients qui ne s'en remettent pas entièrement à leur médecin.
- « L'orienteur » médecin de premier recours qui assure les premiers soins mais « passe la main » à d'autres dès qu'il atteint les limites de ses compétences. A la différence des autres types, qui ont aussi leur réseau d'adressage, l'orienteur laisse au patient le soin de coordonner sa propre trajectoire.

Si cette typologie met en exergue les différents rôles du médecin traitant dans la coordination du parcours d'un patient, elle est à nuancer en fonction de l'autonomie du patient et de l'évolution de la place du patient comme acteur de son parcours de santé. Une autre typologie plus ancienne d'Isabelle Baszanger présentée, dans l'ouvrage *Singuliers Généralistes* (Bloy et Schweyer, 2010), est construite autour de la responsabilité sociale que le médecin se donne et de sa manière de concevoir l'exercice de la médecine dans une approche globale, prenant en compte les différents déterminants de santé. Ces typologies sont intéressantes à connaître et à utiliser comme grille de lecture dans le cadre de la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels. En fonction de sa conception de la médecine générale, de ses pratiques de coordination et de la responsabilité sociale qu'il se donne, le médecin généraliste n'aura pas le même besoin et recours aux fonctions d'appui. Les situations complexes viennent interroger leurs pratiques. Les difficultés exprimées face à ces situations peuvent être différentes en fonction des médecins. Ces différences de pratiques entre les médecins est peu mis en avant dans la présentation réalisée lors de la journée régionale. On peut faire l'hypothèse en lien avec les besoins exprimés par l'URPS ML lors de cette journée, que pour un médecin « de famille pivot » les difficultés exprimées seraient un manque de temps pour le soin, un sentiment d'échec face à certaines situations auxquelles il ne trouve pas de solutions adaptées alors que pour le médecin « orienteur », ce serait davantage un besoin de sécurisation des parcours et la mise en place d'un référent pour les demandes administratives et sociales.

2- Une hégémonie du médical, risque de « domination par le sanitaire¹⁷ »

Le cadre législatif présente des fonctions d'appui qui s'adressent en premier lieu aux professionnels de santé du premier recours de ville avec un lien obligatoire avec le médecin traitant. L'un des enjeux des fonctions d'appui est de donner les moyens aux médecins traitant de jouer leur rôle de coordinateur du parcours de soins du patient. Ce projet est d'ailleurs porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins et au niveau régional par la Direction de l'Offre Sanitaire donc par le secteur sanitaire. De plus les conseils départementaux avaient peu entamés de réflexions au sein de leur institution avant la réunion organisée par l'ARS et ne se sont pas sentis prêts à intervenir sur ce sujet lors de la journée régionale, sous la forme d'une table ronde, malgré la proposition faite par la Directrice Générale de l'ARS. Ainsi l'expression seule des besoins des médecins généralistes a interpellé certains acteurs du paramédical, médico-social et social. Les inquiétudes du secteur social ont été exprimées notamment en expliquant les divergences de vocabulaire et de valeurs « *nous ne parlons pas de prise en charge, c'est important derrière ce n'est pas les mêmes valeurs* » avec comme thématiques sous-tendantes le système normatif, la temporalité, le libre choix de la personne, la notion d'accompagnement. Des revendications ont été faites en lien avec la faible reconnaissance aujourd'hui du travail du care (Molinier, 2013), « *on demande également aux auxiliaires de vie de participer à des réunions de concertation autour de la situation de personnes auprès de qui elles interviennent, elles le font sur leur temps personnel et il n'y a pas de compensation n'ont plus, vous [médecins et professionnels de santé] n'êtes donc pas les seuls¹⁸* ». Cela est alimenté par le fait que le social est un des secteurs les plus mal lotis, « il faut reconnaître que ce secteur est le plus marginal et le plus délaissé : c'est qu'il concerne essentiellement des catégories stigmatisées qui ne constituent pas des lobbies. » Ces réactions s'expliquent également par des cultures professionnelles différentes avec des identités professionnelles fortes notamment celle de la profession médicale celle des travailleurs sociaux (Dubar, 1992). La mise en place des fonctions d'appui qui appelle à un changement, représente le risque d'une reproduction de l'ordre établi voir une accentuation des valeurs et de la rationalité des dominants c'est-à-dire une réorganisation du système d'aide et de soins davantage au profil du sanitaire et en particulier de la profession médicale¹⁹. Elle s'inscrit dans un contexte plus large celui de la « *sanitarisation du social* » (Fassin 1998) qui « *ne*

¹⁷ Propos recueillis lors de la journée régionale

¹⁸ Propos recueillis lors de la journée régionale

¹⁹ Schweyer F.-X. (2016). *Sociologie de l'action collective*. UE SHS 1 Sciences sociales et santé publique.

renvoie pas à une déstructuration de la sectorisation mais plutôt à un déplacement des frontières et à une montée en puissance du secteur sanitaire au détriment du secteur social.
²⁰ » (Loncle, 2010)

Si les craintes existent dans le secteur social, les dispositifs de coordination et notamment les réseaux de santé et les dispositifs MAIA prennent consciences d'être au premier plan dans le changement qui s'opère.

3- Les MAIA et les réseaux en première ligne

Les réseaux de santé réunissent des professionnels du sanitaire dont des médecins généralistes et des professionnels du social qui sont les précurseurs d'une prise en charge coordonnée et globale des patients dans le secteur sanitaire (Bloy et Schweyer 2010). Il faut noter des différences importantes de missions et de pratiques d'un réseau à un autre qui rendent difficile la compréhension de leur activité. Leur implication dans une activité de coordination varie d'un réseau à un autre. D'après le rapport de la DGOS de 2012, les réseaux sont plus ou moins centrés sur l'activité de coordination (prise en charge directe de patients, fourniture d'une expertise à caractère purement médical, Education Thérapeutique) et certains n'ont pas vocation à s'inscrire dans un tel service de proximité (réseaux de périnatalité, réseaux régionaux de cancérologie). Alors qu'ils ont été progressivement institutionnalisés car perçus comme un levier pour la rationalisation des dépenses de santé et la coordination des parcours de soins, ils sont face à une incompréhension suite à l'injonction à évoluer de ces dernières années après plusieurs évaluations. Leurs modes de financement par la contractualisation dans le cadre du fond d'intervention régionale les placent dans une quête de légitimité, d'affirmation de leur savoir-faire et de négociation pour se maintenir. Ils ressentent un manque de reconnaissance dans le travail réalisé. La mise en place des fonctions d'appui apparaît comme une nouvelle étape. Ils éprouvent une certaine exaspération vis-à-vis des pouvoirs publics « *qu'est-ce qu'on nous reproche à la fin ?*²¹ ». Le risque étant pour eux avec la mise en place des fonctions d'appui de créer une coordination des coordinations, « une usine à gaz » réduisant leur réactivité. Ils craignent également de perdre leur expertise, leur savoir-faire par une évolution vers la polyvalence. Ils se retrouvent en concurrence face à de nouveaux dispositifs que sont la gestion de cas des MAIA qui elle connaît moins de fragilité en termes de financement et qui apparaît avoir davantage de moyens consacrés à la coordination, « on ne peut pas dire que les réseaux font de la gestion

²⁰ Patricia LONCLE, module les politiques sociales et de santé publique, 2010.

²¹ Propos d'un médecin exerçant au sein d'un réseau recueillis durant la formation parcours

de cas : avec une infirmière coordinatrice pour tout le département, ils n'ont pas les mêmes moyens que nous ²²». Leur activité est plus facilement repérée par une uniformité au niveau national, garantie par la CNSA à travers un cahier des charges, mais qui tend à s'assouplir. Toutefois, l'inquiétude auprès des pilotes MAIA est présente comme en témoigne l'évaluation nationale du dispositif MAIA de la CNSA de 2016, « les pilotes MAIA se demandent si les MAIA vont survivre à l'intention des nouveaux dispositifs considérés comme proches ou concurrents (PAERPA, Plateforme Territoriale d'Appui) et s'il est bien utile de s'investir dans une pratique qui risque d'être remise en cause ultérieurement par des nouvelles directives. » (CNSA, 2016). Leur porteur peut être repéré comme un frein dans la mise en place des fonctions d'appui notamment quand celui-ci est un département soumis à des jeux politiques. « Notre département a bien compris l'intérêt de la gestion de cas mais pas de la méthode MAIA ²³». Les acteurs ont d'ailleurs relevé l'absence d'un discours commun entre les Conseils Départementaux et l'ARS pour la mise en place des fonctions d'appui. Une méconnaissance existe entre ces deux types d'acteurs que sont les réseaux et les MAIA, (« je ne sais pas bien ce que les réseaux font²⁴ »), qui apparaissent positionnés par les autorités de tutelle comme faisant partie du « noyau dur » de la réorganisation qui s'opère. L'accompagnement proposé par l'EHESP et l'UNR tend à faciliter cette interconnaissance.

Malgré des inquiétudes les acteurs répondent présents et souhaitent participer à la mise en place des fonctions d'appui sur les territoires qui est un sujet qui mobilise. Les fonctions d'appui s'inscrivent dans les dynamiques de coopération en cours autour de l'organisation du premier recours.

II- Les dynamiques en cours

La loi de modernisation de notre système de santé met à disposition des professionnels de santé du premier recours de nouveaux outils qui leur laissent une grande souplesse pour s'organiser. La Fédération des URPS de la région Centre-Val de Loire a pleinement saisi cette opportunité et organise sur les territoires les CPTS (A). Les fonctions d'appui s'inscrivent dans les différentes dynamiques collectives existantes sur les territoires et alimentent les réflexions des groupes projets de territoire (B).

²² Propos pilote MAIA

²³ Propos pilote MAIA

²⁴ Propos pilote MAIA

A- La mise en place de coopérations territoriales autour des soins primaires

La fédération des URPS est engagée dans la mise en place des CPTS « pour une fois que la loi s'appuie sur ce que veulent les libéraux²⁵ ». Afin de mettre en place cette nouvelle organisation, les dix URPS ont mandaté l'URPS Médecins Libéraux (URPS ML) pour la mise en œuvre des CPTS. L'URPS ML étant la mieux placée par ses moyens et son équipe, composée de profils variés de la santé publique, un directeur de l'URPS formé à l'EHSP, une géographe de la santé, une sociologue qui anime la mise en place des CPTS et un communicant de la santé. La Fédération envisage ensuite l'embauche d'animateurs territoriaux en contact avec les professionnels de santé sur le terrain pour la construction et l'animation des CPTS. La Fédération des URPS a organisé plusieurs réunions locales afin de présenter la démarche des CPTS, perçue par les élus de la Fédération « comme une opportunité pour améliorer l'exercice professionnel et la coordination des soins ». Ces réunions ont pour objectifs de présenter ce qu'est une CPTS et de recueillir les attentes des professionnels. Elles se sont parfois déroulées en plusieurs étapes en commençant par le noyau dur qui est souvent une MSP avec des médecins isolés, puis des paramédicaux, ensuite avec le second recours (les spécialistes et les centres hospitaliers) et des acteurs du social et médico-social. Ces réunions ont abouti à la mise en place sur les territoires de groupes de travail par thématiques afin de constituer les axes du projet de santé des CPTS. Globalement, ils ont rencontré une bonne adhésion des professionnels de santé.

1- Cartographier les pôles d'attraction des médecins spécialistes libéraux

Afin de constituer les CPTS et de définir des territoires, la Fédération des URPS s'est intéressée aux flux des patients pour le recours aux spécialistes libéraux et les a objectivés au moyen d'une cartographie. Il en découle une carte avec 21 zones d'attraction sur le territoire. Ils ont cherché à connaître où les patients vont consulter leur spécialiste. Le lieu de consultations des spécialistes (oto-rhino-laryngologie, dermatologie, gastrologie, radiologie, ophtalmologie) en fonction de la commune d'habitation du patient a été recherché, à partir des données SNIIRA (Système National d'Information Inter régimes de l'Assurance Maladie). Ils ont ensuite regroupé les communes où la population consultait leurs spécialistes dans la même localité. Les gradients de couleur définissent le degré d'attraction du pôle, plus les patients consultent de types de spécialistes dans le territoire défini, plus la couleur est foncée (cf. annexe 5 Cartographie URPS ML sur les principaux pôles d'attraction des

²⁵ Propos médecins libéraux

médecins spécialistes libéraux en région Centre-Val de Loire). Cette cartographie sert de base aux discussions pour les projets de CPTS et tend à évoluer en fonction des dynamiques locales. Ces zones d'attraction ont une densité très hétérogène de 40 000 à 400 000 habitants. Cette initiative de cartographie a été appréciée par le conseiller médical soins primaires de la DGOS, venu à Orléans pour une présentation de l'avancée des travaux sur les CPTS en Région Centre-Val de Loire.

2- Les projets des CPTS

Les travaux des CPTS sont en cours sur le territoire avec quatre ou cinq CPTS qui devraient présenter un projet de santé d'ici la fin 2017. Une typologie des CPTS en fonction des besoins du territoire et des travaux en cours a été proposée par la chargée de mission de l'URPS ML :

- Les CPTS rurales avec une forte problématique de démographie médicale. L'enjeu pour ces CPTS est de s'organiser entre professionnels de santé du premier recours pour maintenir un accès aux soins pour la population et améliorer leurs conditions de travail.
- Les CPTS péri-urbaines avec la présence souvent sur le territoire d'un centre hospitalier local. Un des principaux axes travaillés pour ces CPTS est l'accès aux spécialistes.
- Les CPTS urbaines où un des axes importants est la coordination avec les acteurs du social et de médico-social. Pour ces territoires-là, l'accès aux spécialistes apparaît moins problématique que dans certains territoires faiblement peuplés.

Une autre typologie pourrait être présentée, les CPTS parcours de soins et les CPTS parcours de santé. Les CPTS parcours de soins seraient centrées sur l'organisation du parcours de soins des patients et notamment le recours aux spécialistes et le lien ville/hôpital. Il s'agirait d'une organisation axée sur le soin mais à l'échelle d'un territoire. La CPTS parcours de santé intégrerait l'aspect préventif et les acteurs du médico-social et social dans une approche populationnelle.

Quelques soient les CPTS, certains projets sont portés au niveau régional par la Fédération : l'organisation des soins non programmées, le lien avec les spécialistes libéraux, les moyens de communication et les fonctions d'appui aux professionnels. Un point important de l'organisation des CPTS est la place stratégique des MSP. Elles sont des leviers pour l'organisation des CPTS. Etant repérées sur le territoire et ayant une habitude du travail d'équipe, ce sont souvent ces exercices regroupés qui impulsent la dynamique. Selon un médecin généraliste interrogé, exerçant dans une MSP, certaines structures d'exercice

regroupé ont déjà un projet de santé territorial avec des liens importants avec les collectivités territoriales et les acteurs du médico-social et social, il ne faut pas détruire ces organisations avec la mise en place des CPTS et des fonctions d'appui mais bien s'appuyer dessus. Les exercices regroupés servent de laboratoire pour des nouvelles organisation et pratiques sur lesquels la Fédération des URPS s'appuie pour construire son positionnement en matière de politique de santé.

3- Une première CPTS mise en œuvre

La première CPTS de la région est l'évolution d'un pôle de santé pluridisciplinaire qui regroupe au sein d'une structure associative sept MSP et des professionnels de santé en exercice isolés soit au total 120 professionnels de santé adhérents. Le territoire de la CPTS couvre un bassin de vie d'une densité de 60 000 habitants et comprend un Centre Hospitalier. Le territoire de la CPTS correspond au territoire d'un Contrat Local de Santé de de l'expérimentation PAERPA. Le contrat territorial de santé a été signé entre le président du pôle de santé, la Directrice Générale de l'ARS et la vice-présidente de l'URPS ML ayant délégation du président de la Fédération des URPS. Le projet a été construit en lien avec les élus locaux. Au niveau de la gouvernance, le comité de suivi est composé du conseil d'administration de pôle de santé pluridisciplinaire et des représentants des collectivités territoriales (communauté de communes, conseil départemental, conseil régional) de l'ARS, des caisses d'assurance maladie, du centre hospitalier, des représentants des usagers, de la Fédération des URPS et du groupement de coopération sanitaire télésanté Centre. Cette forme juridique de la CPTS apparaît convenir avec les orientations nationales qui ont laissé une importante marge de manœuvre aux professionnels de santé libéraux. Le projet de santé s'articule autour de trois axes stratégiques. Le premier axe est le développement du parcours de santé par le renforcement d'actions de prévention et de dépistage, des relations ville-hôpital et de l'éducation thérapeutique du patient. Le deuxième axe est le soutien aux professionnels de santé et l'attractivité du territoire par une aide à l'organisation de la permanence des soins, au développement du règlement arbitral ou encore l'appui à l'installation. Le dernier axe concerne le développement des systèmes d'information et de la télémédecine. Des fiches actions prévoient les modalités de mise en place et de partenariat. Cette CPTS a reçu une aide au démarrage à partir des fonds d'intervention régional de l'ARS mis en place par le décret n°2012-217 du 27 février 2012 et la circulaire n° SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2016. Cette première CPTS correspond à une CPTS péri-urbaine parmi la typologie présentée par la chargée de mission de la Fédération, principalement centrée sur le lien avec le second recours.

En plus de l'organisation des professionnels de santé du premier recours, les fonctions d'appui aux professionnels s'inscrivent également dans l'ensemble des travaux en cours sur les territoires.

B- La mobilisation des autres acteurs du territoires

1- Les dynamiques en cours

Plusieurs dynamiques en cours sur les territoires influent sur la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes. Ces dynamiques collectives sont à la fois perçues comme une concurrence à la mise en place des fonctions d'appui par la confusion créée et la dispersion des acteurs tout en étant contributeur à une même démarche : la participation à la création d'une organisation plus intégrée de l'offre d'aide et de soins adaptée aux parcours de vie des personnes.

Un des exemples sont les projets de maisons des réseaux débutés à la demande de l'ARS. L'objectif étant une mutualisation des fonctions supports ou de la logistique des réseaux de santé tout en améliorant leur lisibilité par leur regroupement au sein d'un lieu commun. Les réflexions entamées dans trois départements entre les réseaux de santé alimentent aujourd'hui les groupes projets fonctions d'appui sur les territoires. Les professionnels des réseaux de santé par leur travail en commun, se connaissent et apparaissent liés dans la mise en place des fonctions d'appui. Lors de ma participation dans un atelier de territoire au cours de la journée régionale, les réseaux de santé ont porté un discours commun. Deux types d'acteurs se sont mis en avant dans cet atelier par leur prise de parole et leur connaissance du sujet, les réseaux de santé et les pilotes MAIA.

Les pilotes MAIA, eux, ont créé un collectif sur la région et se retrouvent six fois par ans. Au sein de ce collectif les fonctions d'appui ont été présentées et un référent fonctions d'appui a été nommé parmi les pilotes MAIA, chargé de diffuser l'ensemble des informations sur le sujet aux autres MAIA en lien avec l'ARS. La participation de ces deux types d'acteurs à l'accompagnement EHESP/UNR renforce l'idée qu'ils sont les premiers concernés par les réorganisations dans le cadre de la mise en place des fonctions d'appui. La création de collectifs de travail qui naissent de la volonté des acteurs eux-mêmes participe à la socialisation des professions. Ce sont des relais sur lesquels l'ARS peut s'appuyer pour accompagner la mise en œuvre du changement. Un autre collectif en cours de création apparaît aussi important à prendre en compte dans la mise en place des fonctions d'appui,

c'est celui des coordinateurs de maisons et pôles de santé ayant suivi la formation de l'EHESP et de la HAS présentée dans la partie précédente.

A cela s'ajoute les réflexions d'acteurs qui ont anticipé les orientations de l'ARS pour la mise en place des fonctions d'appui et ont proposé un projet de plateforme territoriale d'appui. Ces projets déposés n'ont pas été retenus par l'ARS, dans un premier temps, car ils ne couvraient pas l'ensemble des missions, ou ne proposaient pas une polyvalence. La question de la légitimité de l'acteur porteur de la plateforme territoriale d'appui et de sa reconnaissance par les professionnels de santé libéraux du territoire a aussi été un des arguments. L'ARS afin de pallier à ces limites a souhaité promouvoir un travail de co-construction sur les territoires en mettant l'ensemble des acteurs concernés autour de la table et leur demandant de construire un projet de territoire ensemble.

Une autre réforme en cours sur les territoires est celle de la « Réponse accompagnée pour tous » qui est présentée comme un changement de logique, « la création de nouvelles places dans le champ du handicap ne suffit pas à créer un environnement satisfaisant, cela passe par une adaptation de l'offre²⁶ ». Cette réforme consiste à la mise en place d'une organisation territoriale autour des MDPH avec la mise en place d'un nouvel outil, le plan global d'accompagnement géré par un référent et suivi par un coordinateur de parcours. Dans cette démarche s'intègre la création des PCPE portés par les associations du champ du handicap de chaque territoire de santé. Des parallèles peuvent être réalisés avec la mise en place des fonctions d'appui. Cette politique s'appuie également sur une territorialisation, la co-construction, l'amélioration de la coordination des parcours en renforçant la responsabilité des acteurs. La communication sur cette réforme insiste également sur la mise en place d'une démarche et non de la création d'un dispositif, sur un changement de paradigme et une évolution des pratiques.

Les réflexions autour de la fusion des réseaux, le collectif de travail des MAIA, le collectif des coordinateurs d'équipe de soins primaires, la démarche de « la réponse accompagnée pour tous » sont un ensemble d'engagements des acteurs dans l'action à mettre en cohérence et exploiter dans la mise en place des fonctions d'appui. A la fois ces collectifs renforcent des entités professionnelles qui peuvent être porteuses de revendication, mais également ils participent et alimentent par leurs réflexions et travaux, les projets de territoire sur les fonctions d'appui.

²⁶ Présentation « Réponse accompagnée pour tous » réalisée par CNSA venue à Orléans

2- Les groupes projets sur les territoires

Les premiers groupes projets se sont réunis sur les territoires afin de proposer un projet de fonctions d'appui pour la fin de l'année 2017. L'animation de ces groupes est réalisée par les responsables de pôle médico-social et sanitaire des délégations départementales. La démarche de co-construction demande à la fois, un changement de posture de la part des autorités de tutelle mais aussi des acteurs qui gardent une position de méfiance et de revendication vis-à-vis de l'ARS. Ils sont également dans une position attentiste, « on a attend de nous dire ce qu'il faut faire ». La position dans lesquels les propulse l'ARS au niveau des fonctions d'appui et pour eux déconcertante et c'est ce qu'ils ont exprimé lors de l'accompagnement EHESP réalisé auprès des réseaux de santé, des pilotes MAIA, d'équipes mobiles et d'une Maison départementale de l'Autonomie. A la fois, ils souhaitent s'impliquer dans la démarche mais ils demandent un véritable accompagnement dans la construction du projet. Afin d'animer ces groupes de travail, plusieurs méthodes ont été proposées par le siège comme le retour sur la cartographie des acteurs afin d'avoir un consensus sur les missions de chacun, l'approfondissement du contenu des missions des fonctions d'appui par un travail sur les processus à partir d'un logigramme. Les premiers retours de ces groupes projets sont positifs même si l'avancée des travaux est inégale d'un territoire à un autre en fonction de leur maturité. Par exemple sur un territoire, la présence de l'expérimentation PAERPA et l'appui sur ces retours d'expériences, facilite l'avancée du projet. Pour d'autres territoires, ce sont les MAIA, les porteurs des PCPE, les réseaux de santé, la CPAM, les MSP qui apparaissent alimenter en premier lieu le projet par leurs expériences et réflexions. A partir des premiers travaux des groupes projets de territoire, des réflexions au sein de l'équipe projet, d'apports théoriques, j'ai souhaité approfondir certains points clés qui apparaissent caractériser l'organisation des futures fonctions d'appui.

III- Les perspectives pour les fonctions d'appui

Suite à mes lectures, observations, entretiens, il apparaît que les fonctions d'appui sont liées à la territorialisation qui s'opère en matière de politiques de santé et sociales et notamment à l'organisation territoriale des soins primaires (A). Les pratiques de coordination étant nombreuses et variées, pour une meilleure efficacité et lisibilité, l'offre d'appui à la coordination doit s'organiser d'une manière graduée à partir des besoins des professionnels et d'une évaluation des besoins de la personne (B). Ces transformations organisationnelles seront facilitées par l'émergence de nouveaux métiers et des innovations numériques (C).

A- Des fonctions d'appui liées à l'organisation territoriale du premier recours

Si les réflexions en cours autour des fonctions d'appui s'organisent au niveau départemental, il apparaît à travers les propos des différents acteurs le besoin de proximité entre les professionnels de santé, du social et de médico-social sur des territoires correspondant à des bassins de vie. Ce besoin de proximité sur le territoire peut s'expliquer par la pratique pour les médecins traitants de construire « un espace relationnel » en s'appuyant sur les ressources que lui offre le territoire dans un objectif d'assurer une meilleure cohérence des soins afin de fidéliser sa clientèle (Bourgeois, 2005). Il doit pour cela avoir confiance envers le professionnel vers qui il oriente son patient. Les CPTS encore inexistantes sur le territoire sont un échelon pertinent à prendre en compte dans l'organisation des fonctions d'appui à construire en fonction de l'accès des médecins aux ressources médicotéchniques (zone d'attraction des spécialistes) mais aussi sociale et médico-sociale.

Les coopérations des acteurs médico-sociaux et sociaux avec des acteurs du sanitaires (plus rarement avec des professionnels des santé libéraux) sur une base territoriale autour d'actions de promotion et prévention de la santé peuvent être formalisées au sein de CLS. Ces espaces de coordination des actions de santé et sociales localement ont permis aux collectivités territoriales d'investir la compétence santé. Les CLS couvrent une partie du territoire régional et sont animés par des coordinatrices. Une évaluation²⁷ en cours réalisée auprès des CLS de la région révèle qu'ils sont été utilisés par les élus comme leviers pour agir sur la pénurie médicale. L'attraction de nouveaux médecins par la construction de maisons de santé pluri-professionnelles ont été des objectifs des CLS. Ces démarches portées par les élus n'ont pas toujours été fructueuses par l'absence de considération des aspects autres que matériels dans la mise en place d'une maison de santé. Une complémentarité avec les CPTS est à penser, elle serait le moyen d'associer les élus, les acteurs du médico-social et social et les acteurs de la prévention et promotion de la santé afin de fluidifier les parcours de santé. Le risque étant avec la mise en place des CPTS de créer une concurrence entre les territoires de contractualisation et de multiplier les instances de gouvernance. Après un cloisonnement sectoriel, il ne faudrait pas produire un cloisonnement territorial. Cette territorialisation demande de nouvelles compétences qu'est l'animation territoriale. L'enjeu est de trouver des professionnels formés à ces méthodes et à la logique de parcours. Cela rejoint l'intérêt porté par l'ARS pour la création d'une offre de formation plus centralisée et mutualisée concernant notamment l'animation territoriale.

²⁷ Evaluation Acsantis en cours

Ensuite, il faut prendre en considération que les fonctions d'appui aux professionnels qui sont construites aujourd'hui sont pensées dans une phase transitoire en ce qui concerne l'offre ambulatoire qui évolue en direction d'une organisation des soins primaires. Selon un médecin généraliste interrogé, les fonctions d'appui n'auront plus lieu d'exister dans quelques années, elles seront remplacées par des équipes de soins primaires très développées intégrant le secteur social et sanitaire. Aujourd'hui certains professionnels de santé exerçant au sein de MSP s'impliquent peu dans la mise en place des fonctions d'appui car pour eux ce dispositif est construit pour les professionnels de santé en exercice isolé. L'équipe de soins primaires par une organisation les relations avec les partenaires du territoire peut permettre une coordination des parcours de santé. Le rapport de 2012 de la DGOS va d'ailleurs dans ce sens, en précisant que dans une perspective longue, la fonction de coordination sera intégrée dans l'activité même des effecteurs de soins. Cette logique rejoint celle du concept de guichet intégré des MAIA qui consiste à un accueil, une information, une orientation vers les ressources adaptées quel que soit le service d'aide ou de soins que le patient ou l'utilisateur sollicite. On peut très bien penser les missions d'information et d'orientation et de coordination du parcours comme pouvant être réalisées par l'équipe de soins primaires suite à une meilleure connaissance des partenaires du territoire et la création de coopérations accompagnées par un système d'information partagé performant. Pour les situations les plus complexes qui par la multitude d'intervenants demandent un accompagnement intensif et dans la durée, l'exercice coordonné n'apparaît pouvoir pallier au besoin de gestionnaires de parcours ou de case-manager.

B- Une graduation dans la coordination des parcours

La difficulté face à laquelle, les responsables de pôle des délégations départementales au sein des groupes projet de territoire, se trouvent confrontés est de parvenir à expliciter les pratiques de coordination des acteurs. Cela nécessite un langage commun, des définitions communes et la capacité à traduire et objectiver ce que chacun fait. Les premiers groupes projets de territoire, dans leur réflexion sur la mise en place des fonctions d'appui, proposent une graduation de la réponse de coordination des fonctions d'appui aux professionnels à partir d'une évaluation des besoins. Plusieurs propositions sont faites selon les groupes projets de territoire. Le groupe de projet A, propose une coordination en trois niveaux, la coordination nécessitant un référent médical et social, la coordination réalisée par une équipe mobile ou un service spécialisé et enfin la gestion de cas. Le groupe projet B propose deux degrés de réponses possibles suite à une évaluation de la situation en binôme, une orientation de la situation complexes vers un service spécialisé qui assure la coordination de la situation ou la gestion de la situation par un référent fonctions d'appui, la situation étant plus complexe.

Un médecin interrogé identifie deux niveaux de besoins :

- Réponse à une situations très ponctuelle avec la notion d'urgence. L'exemple peut être, est une mère qui doit être hospitalisée rapidement à la demande du médecin traitant, quelle solution pour les enfants ?
- Une prise en charge sur du long terme qui consiste à une orientation vers une équipe, un service spécialisé, un réseau de santé ou aide sociale...

Une autre formulation proposée, c'est « répondre au non programmé dans le médico-social et social²⁸ » ou encore répondre aux urgences médico-sociales.

Dans les différentes propositions, on observe une gradation dans les réponses attendues que ce soit concernant le niveau d'interdépendance entre les acteurs ou l'intensité du suivi. C'est également une graduation dans le temps, réponse ponctuelle ou sur du long terme, réponse rapide ou qui peut être différée. Cette gradation de l'activité de coordination est à mettre en lien avec l'offre de services d'aide et de soins existante (cartographie des acteurs). Or existe-t-il une graduation dans l'offre de coordination existante ? Si elle existe dans la littérature notamment avec Leutz (1999) qui distingue la liaison de la coordination et de la pleine intégration ou encore Contandriopoulos (2001), sur le terrain ces distinctions ne sont pas si évidentes. Existe-t-il une différence au niveau de l'activité de coordination entre un gestionnaire de cas MAIA et un infirmière coordonnatrice d'un réseau de santé, entre un SSIAD et un SAMSAH ? Selon un pilote MAIA, la gestion de cas MAIA ne doit pas être confondue avec l'accompagnement d'un réseau de santé alors que pour d'autres notamment au sein de l'ARS, cette différence demande à être objectivée. Une des principales différences est que l'inclusion dans la gestion de cas MAIA est régie par des critères nationaux objectivant une situation complexe, que certains considèrent comme restrictifs. La limitation à une trentaine de cas par gestionnaires de cas, donne aussi une information sur l'intensité du suivi. Pour un réseau de santé spécialisé dans une pathologie chronique où des critères d'inclusion sont aussi présents, une infirmière coordinatrice peut accompagner plus du double de patients. L'hypothèse qui peut être faite concernant l'activité de coordination des réseaux de santé est qu'elle est modulée en fonction des besoins de la personne, et qu'ils peuvent donc à la fois inclure des patients où le besoin de coordination est faible et/ou ponctuel (coordination séquentielle ou réciproque) et des situations qui demandent une interdépendance et une entente formalisée, entre les acteurs, importante (coordination collective). De même pour d'autres dispositifs de coordination ou effecteurs du système de santé ayant une fonction de coordination, elle peut être modulée en fonction de

²⁸ Propos médecin

la situation. La nécessité d'opérer à une division du travail dans l'activité de coordination serait donc pertinente dans le cadre de la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels afin de lever le flou qui existe au niveau des pratiques de coordination. La pyramide de Kaiser Permanente²⁹ modélise l'organisation d'un réseau de soins intégrés aux Etats-Unis prenant en charge des patients souffrant de pathologies chroniques. Ce modèle repose sur une typologie de gestion des patientes en fonction de leur profil de risque. Le dispositif est fondé sur une analyse précise des besoins et une graduation des réponses en fonction du niveau de risque auquel le patient et l'aidant sont confrontés :

- Les malades chroniques à faible risque. La réponse est davantage des actions prévention, le soutien au « self-care », un accès aux soins primaires et une orientation du patient dans le système de santé
- Les malades chroniques à haut risque avec comme réponse le disease/care management visant à coordonner les acteurs intervenant dans la prise en charge d'un patient
- Les malades chroniques à forte complexité avec comme réponse le case management nécessitant une coordination des soins de forte intensité et l'intervention d'un gestionnaire de cas complexes. (Lemardeley R., Durieux T., 2015).



Pyramide de Kaiser Permanente

Un type de coordination dépend à un niveau de besoin. Cela passe par une évaluation qui permet de déterminer si la situation est complexe. La HAS a réalisé une analyse de la littérature internationale pour la définition de complexité et cinq grandes dimensions de la complexité peuvent être isolées dans la littérature, la santé physique, la santé mentale, les

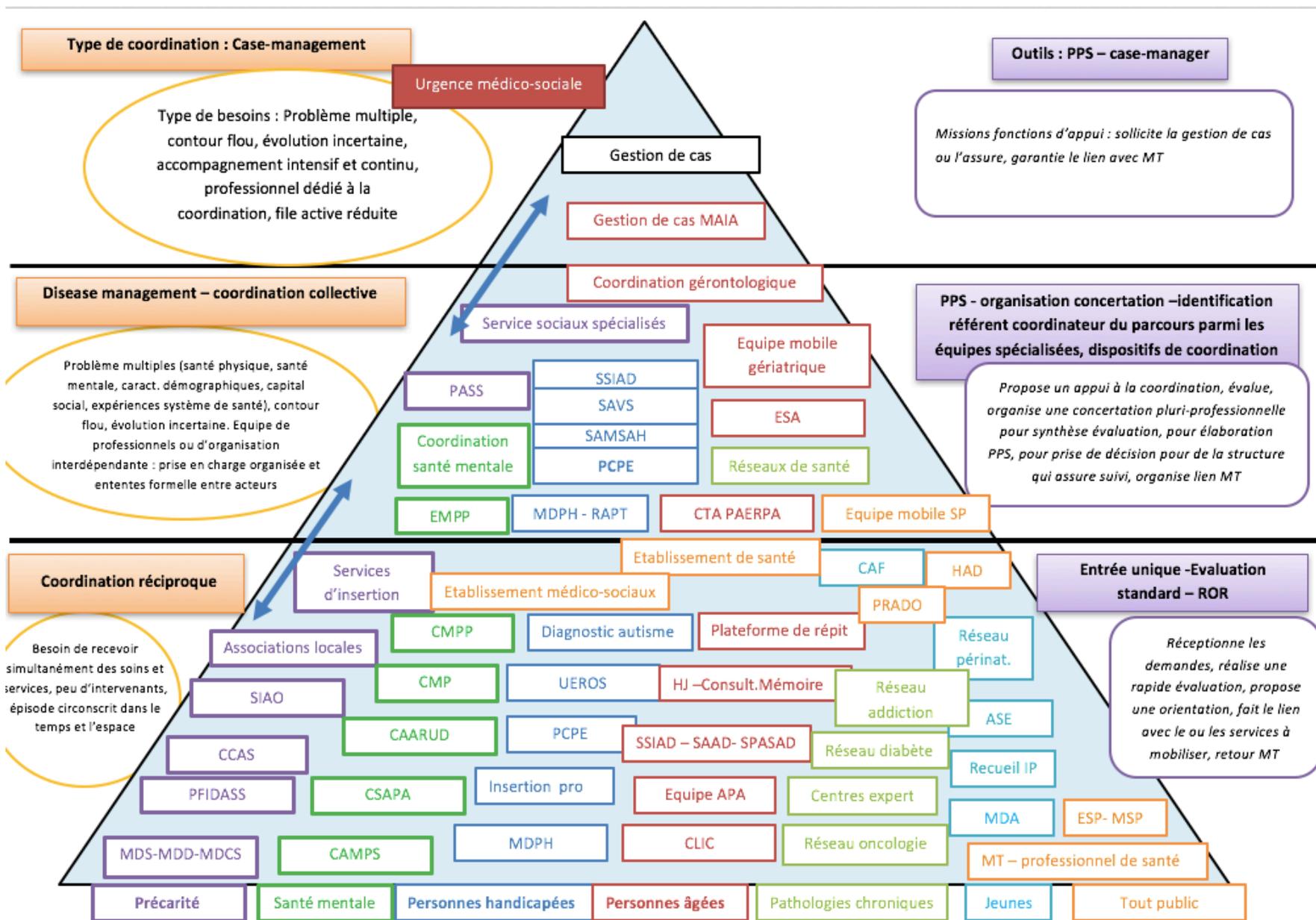
²⁹ <http://servicespublics.bearingpoint.com/sante-et-innovation-kaiser-permanente-un-colosse-du-si-sante-aux-pieds-dargile/>

caractéristiques démographique, le capital social, l'expérience en matière de santé et sociale. Cette analyse montre que la complexité n'est pas monofactorielle ainsi qu'elle dépend d'une imbrication entre le sanitaire et le social. La pauvreté et l'exclusion sociale sont deux facteurs-clés de la complexité. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes présentée dans le guide méthodologique de la HAS (2014) montre que ces derniers estiment que « 25 % de leurs patients sont en situation complexe, davantage en raison de facteurs comportementaux et socio-économiques que de facteurs médicaux » (Schaink et al, 2012).

A partir de ce modèle de Kaiser Permanente, des différentes définitions de coordination présentées (Partie1), de la définition de complexité, des retours des besoins des acteurs et la cartographie des acteurs réalisée (partie 2), je propose un schéma représentant une organisation des fonctions d'appui (ci-dessous)

L'évaluation du besoin du patient permet de déterminer le niveau de complexité de la situation. En fonction de la complexité de la situation, un type de coordination est sollicité auquel correspond l'activité d'acteurs existants. Les missions d'appui à la coordination et les outils sont différents en fonction du type de coordination.

Schéma d'organisation des fonctions d'appui



C- Nouveaux métiers et nouveaux outils

1- Le case-management, un nouveau métier?

Dans les différents niveaux de coordination proposés, la gestion de cas apparaît comme le niveau d'intervention le plus poussé et pouvant être une des prestations des fonctions d'appui à la coordination. Elle inquiète également car elle est perçue comme des coordinateurs de coordinateurs sans expertise pour une pathologie. Le rapport de la DGOS de 2012 appelle à ne pas confondre l'appui à la coordination et la gestion de cas « qui vise à l'organisation des parcours de patient en situation très complexe et se distingue de l'appui à la coordination par l'intensité et le caractère continu de l'accompagnement proposé ». Le terme de gestion de cas en France est associé au mode d'intervention des MAIA. Le professeur Somme qui a œuvré à la mise en place des MAIA en France, explique que « cette fonction mobilise des formes d'intervention nouvelles : la coordination systématique et le fait d'être dédié aux tâches de coordination. » (CNSA, 2016) Le gestionnaire de cas est présenté comme un dispositif encore instable soumis aux changements dans les politiques publiques. Un des risques dans cette activité présentés par l'enquête 2016 réalisée par la Fondation Médéric Alzheimer est une tendance à faire porter l'ensemble des responsabilités sur les gestionnaires de cas. Aujourd'hui le case-management une activité très féminisée (93 % de femmes), et généralement exercée par des infirmières ou des travailleurs sociaux. L'activité des gestionnaires de cas a été décrite dans le rapport d'évaluation des MAIA à la demande de la CNSA. Ce dernier apparaît comme celui qui fait du lien entre les intervenants, il a une activité de traduction. Si on s'intéresse aux tâches quotidiennes réalisées : il accompagne les personnes, physiquement mais aussi dans les démarches administratives ou juridiques. Il réalise des demandes de mises sous protection ou des signalements au juge. Une partie importante de leur temps est consacrée à convaincre les personnes, à négocier pour qu'elles acceptent une consultation, une prise en charge... Ce professionnel est en relation avec l'entourage familial de la personne et peut se retrouver à faire de la médiation familiale. Il peut épisodiquement faire le travail d'autres professionnels comme celui de l'assistante de service social APA, l'infirmier... Les gestionnaires de cas font du travail du care notamment parce que contrairement aux autres professionnels réduit aux seuls gestes techniques, à l'acte, ils disposent de temps auprès des personnes (CNSA, 2016). Or le case-management ou gestion de cas n'est pas réservé uniquement aux publics des personnes âgées et au MAIA. Ce mode d'intervention est présenté sur le site de l'association française de case-management s'inspirant du réseau Romand de case-management comme « un modèle d'intervention personnalisé porté par un référent unique d'accompagnement, le case manager, visant à

assurer l'efficacité, la transparence et le décloisonnement de la prise en charge par une coopération institutionnelle, interprofessionnelle et communautaire étroite. Réservé au suivi de situations particulièrement complexes sélectionnées sur la base de critères définis, il est mis en œuvre dans de multiples contextes avec des objectifs variés dans les domaines social, sanitaire, de l'emploi et de la formation » (Réseau Romand de case management, avril 2008). La case-management allie des techniques d'accompagnement et de la gestion de projet. La philosophie portée est proche de celle de l'empowerment (pouvoir d'agir) qui s'appuie sur une forte croyance à la capacité de l'être humain à « s'en sortir », une mobilisation des ressources des personnes et une forte personnalisation de l'accompagnement. Il est également comparé à un coaching social. Depuis peu des formations au case – management sont proposées en France comme le diplôme universitaire de case management à l'université de Tours qui a un partenariat avec la Haute-Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale de Lausanne où le métier est développé. Dans les débouchés du case-management, il est présenté que le case-management permet de répondre aux besoins de personnes en situation complexes et pour lesquelles les réponses d'accompagnement sont en évolution notamment autour de l'autonomie et du pouvoir d'agir du sujet (handicap acquis, développemental, vieillissement, maladie de longue durée, maladies mentales, décrochage scolaire, retrait social, chômage de longue durée, migrants...). Ainsi le case management a vocation à s'adresser à l'ensemble des publics dans une situation complexe. Sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, une fiche métier en cours de construction parle de coordinateur de parcours de santé avec comme autre appellation provisoire le gestionnaire de cas, le coordinateur de réseau de santé est également cité. Il s'agit d'un professionnel avec un master 2 en avec au moins 3 ans d'expérience, parmi les compétences requises figurent la conduite de projet, la négociation et la communication. Si des différences de termes participent à créer le trouble, des débats existent sur le profil des gestionnaires de cas, est-il préférable de former entièrement à cette tâche des personnes inexpérimentées ou doit-elle être réalisée par des infirmières ou des travailleurs sociaux formés à la gestion de cas. En d'autres termes la gestion de cas est-elle un nouveau métier ou des compétences supplémentaires, une spécialisation pour des professions qui existent déjà (Bloch et al. 2011). Le guide méthodologique de l'HAS propose une analyse approfondie de la gestion et présente différents profils de gestionnaires de cas comme un appui à la coordination des équipes de soins primaires.

2- Les systèmes d'information

L'idée d'un partage organisé d'informations entre les intervenants autour d'un patient s'est imposée comme un principe incontournable de la coordination des soins (Brémond, 2008). Dans la transformation du système de santé vers une logique de parcours, les

systèmes d'information partagés apparaissent comme un des leviers, de même que dans la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels de santé. L'ANAP présente une distinction entre deux coordinations à partir du niveau des outils numériques nécessaires. La coordination usuelle entre professionnels où des outils tels que la messagerie sécurisée, le Dossier Médical Partagé, des réseaux professionnels sécurisés sont utilisés pour faciliter les échanges. La coordination des situations complexes qui nécessite davantage de fonctionnalités dédiées à la coordination auprès d'équipes de soins primaires à partir d'une plateforme territoriale d'appui par exemple. Une expérimentation a été menée dans cinq régions en France, le programme Territoire de Soins Numériques (TSN) qui vise à mettre en œuvre des dispositifs d'appui à la coordination soutenus par des services numériques innovants. Les territoires TSN sont présentés comme un laboratoire pour tester le modèle de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours et déterminer les outils numériques qui peuvent contribuer à son développement. Les retours d'expériences de ce programme permettent de décrire les services numériques utiles au parcours et à la coordination sous la forme d'un programme fonctionnel type de système d'information présenté par l'ANAP. Il s'agit de repérer à partir de l'expression des besoins de professionnels, les différentes fonctionnalités quel que soit l'éditeur, nécessaires dans le cadre de la coordination des parcours. Dans ce sens un appel à projet national, les services numériques d'appui à la coordination est en cours et va permettre d'encadrer et de soutenir le développement de systèmes d'information pour la coordination des parcours sur l'ensemble du territoire national. Plusieurs limites peuvent être perçues dans le développement des outils numériques pour la coordination des parcours. Celle des usages, la vitesse de conception des innovations technologiques dépassent l'évolution des pratiques. Les outils numériques viennent en appui d'un changement organisationnel qui faut au préalable construire. Le stockage des données de santé et leur utilisation pose également des questions éthiques. Ensuite, le partage d'information entre le social et le médical malgré qu'il soit facilité par la loi, n'est pas possible à travers des outils tels que la messagerie sécurisée et le DMP. De plus, la numérisation des données dans le secteur social est faible. En plus de faciliter la fluidité et la sécurité des parcours de santé des patients, l'utilisation des outils numériques peut apporter une véritable révolution dans notre système de santé en passant du curatif au prédictif par une analyse des données recueillies.

Conclusion

L'organisation des fonctions d'appui va se concrétiser par la signature de conventions entre acteurs, la création de plateformes territoriales d'appui ... mais elles sont sûrement qu'une étape d'une transformation en cours du système de santé qui consiste à s'appuyer sur des soins primaires forts organisés territorialement et une offre plus intégrée en matière de santé au service des parcours de santé et de vie des personnes. L'enjeu économique n'est pas à négliger, l'organisation des fonctions d'appui qui passe par la formalisation des activités de coordination est partagé entre impératif gestionnaire et amélioration du service rendu. Ces transformations auront un impact sur les organisations, les métiers et les techniques.

L'analyse que faisait Magali Rodelet au sujet de la transformation des réseaux de santé en 2005, apparaît s'appliquer à la situation actuelle « Cette formalisation (des coordinations) n'est pas neutre, ni dans ses objectifs, ni dans ses effets : elle peut valoriser certains professionnels plutôt que d'autres, reconnaître des compétences jusque-là non mises à jour et en même temps contraindre les professionnels dans leurs pratiques de travail et réduire leur autonomie de décision ? ». Ainsi la perception de ces enjeux par les acteurs fait que la thématique de la coordination et des fonctions d'appui est mobilisatrice. Un grand nombre d'acteurs participe aux groupes projets de territoire et certains souhaitent s'impliquer dans la mise en œuvre. Au-delà de la mise en place des fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes, la thématique de la coordination des parcours est aussi une notion qui est souvent revenue dans les groupes travail contribuant à l'écriture du futur schéma régional de santé.

La spécificité de la démarche de l'ARS Centre-Val de Loire est la marge de manœuvre et la responsabilité données aux acteurs de terrains dans la mise en place des fonctions d'appui. Ensuite, la volonté d'associer les acteurs du social et du médico-social diverses et d'impliquer les professionnels de santé libéraux reflète de la vision globale qu'a l'ARS Centre-Val de Loire pour les fonctions d'appui, qui s'expliquent aussi par le profil de la chef de projet régionale. La fonction du siège de l'ARS auquel j'ai contribué est maintenant de capitaliser sur l'ensemble des projets de territoire pour orienter les actions et créer des conditions favorables sur les territoires à l'émergence de ces projets. L'objectif est de parvenir à une homogénéité des outils et de garantir une équité entre les territoires de la région. Ensuite, si les fonctions d'appui s'adressent aux situations complexes, les travaux collectifs entre les acteurs et l'organisation qui en découle devra à terme avoir des répercussions sur l'ensemble des parcours de santé.

Bibliographie

Ouvrages

Alter C., Hage J. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, Calif :Stage Publications.

Aissou M., Danos J.-P., Jolivet A. (2016), *Structurer les parcours de soins et de santé, Politiques, méthodes et outils pour mise en œuvre de la loi Santé*. Décideur Santé, LEH Edition.

Akrich M. (2013). « Co-construction », in Casillo I., Barbier R., Blondiaux L. et al., *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. Paris. GIS Démocratie et Participation. [en ligne] Consulté le 12 mai 2017.
<http://www.dicopart.fr/es/dico/co-construction>.

Benson, K.J. (1975). *The interorganizational network as a political economy*, *Administrative Science Quarterly*. p. 229-249.

Bloch M.-A., Loubat J.-R., Hardy J.-P., et al. (2016). *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*. Dunod. 372p

Bloy G., Schweyer F.-X. (2010). *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Métiers Santé Social. Presses EHESP, p 424.

Bras P.-L. (2009). *Décentralisation et politique de santé, Traité d'économie et de gestion de la santé*. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.). pp. 393-399.

Donabedian A. (1980), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press.

Dubar C. et Tripier P. (1998), *Sociologie des professions*. Paris. Armand Colin.

Fieschi-Bazin E. (2016). *Gouvernance en matière d'offre de soins et médico-sociale : Outils juridiques et stratégies de régulation*. LEH Edition. 236 p.

Foudriat M. (2016). *La co-construction, une alternative managériale*. Politiques et interventions sociales. Presses de l'EHESP.

Hassenteufel P. (2008), *Sociologie politique : l'action publique*. Armand Colin, coll. U Sociologie. 294 p.

Leutz W. N. (1980), *Services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. Brandeis University Waltham. Massachusetts.

Molinier P. (2013). *Le travail du care*. La Dispute. 222 p.

Muller-Quoy I. (2009). « La territorialisation des politiques sanitaires ». *Droit et gestion des collectivités territoriales, Tome 29, L'action sociale des collectivités territoriales*. pp. 79-89.

North D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press.

Articles

Apollis B. (2016), « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, pp.673-682.

Bourgeois I. (2005). « Le médecin traitant dans le réforme de l'assurance maladie. Une étape symbolique pour la cause généraliste », *Esprit*.

Contandriopoulos A.-P. et al. (2001). « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé. vol 8, n°2, pp. 38-52*.

Brémond M. et Fieschi M. (2008). « Le partage d'informations dans le système de santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 21, n° 4, pp. 79-85.

D'Halluin J.-P., Maury F., Petit J.-C. et de Singly C. (2007), « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, p. 14-31.

Dubar C. (1999). « La socialisation. Construction identités sociales et professionnelles ». *Revue française de pédagogie*, Volume 100, n°1, pp 117-121.

Féry-Lemonnier E. (2014). « Les parcours, *Les parcours, une nécessité* ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* n°88.

Lafore R. (2004). « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence » », *Revue française des affaires sociales*, n° 4. p. 17-34.

Lemardeley R., Durieux T. (2015). « Santé et innovation : Kaiser Permanente, un colosse du SI santé aux pieds d'argile ? » [en ligne] Consulté le 3 juin 2017.
<http://servicespublics.bearingpoint.com/sante-et-innovation-kaiser-permanente-un-colosse-du-si-sante-aux-pieds-dargile/>

Levray N. (2016). « Quelles sont les incidences de la loi « Notre » sur mes compétences en matière d'action sociale ? », *Santé Social*. [en ligne] Consulté le 20 mai 2017.
<http://www.gazette-sante-social.fr/27426/quelles-sont-les-incidences-de-la-loi-notre-sur-les-competences-en-matiere-daction-sociale>

Magali Robelet *et al.* (2005). « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles ». *Revue française des affaires sociales*, p. 231-260.

Palier B. (1998). « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *Politiques et management public*, vol. 16 n° 3.

Piveteau D. (2014). « Les parcours portent la transformation du système de santé, Les parcours une nécessité » *Actualité et Dossier en Santé Publique* n°88.

Rapinat J.-M. (2017). « Quel rôle pour les départements ? ». *La revue Territoire et santé*, n°7.

Sarradon-Eck A., Vega A., Faure M., Humbert-Gaudart A., Lustman M., (2004). Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels, Rapport de recherche LEHA-ANAES.

Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, et al. (2012). « A scoping review and thematic classification of patient complexity : offering a unifying framework ». *Journal of Comorbidity*.

Villeneuve P. (2016). « La santé qui décide ? ». *La revue Territoire et santé*, n° 5.

Rapports et études

Blanchard P., Eslous L., Yeni I. (2014), *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*. Rapport IGAS.

Bloch M.-L., Hénaut L., Sardas J.-L, Gand S. (2011). *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2016). *Evaluation des dispositifs MAIA*.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2016). « La gestion de cas : un mécanisme encore instable ». *Evaluation des dispositifs MAIA*.

Daniel C., Delpal B., LANNELONGUE C. (2006). *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de vielle et de la dotation de développement des réseaux*. Rapport de synthèse IGAS.

Direction Générale de la Cohésion Sociale (2011), *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Etude Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech.

Direction Générale de l'Offre de Soins (2012). *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* Guide méthodologique.

Fondation Médéric Alzheimer (2016). « Enquête nationale auprès des gestionnaires de cas ». *Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement et la maladie d'Alzheimer*, n°41.

Georges P. et Waquet C. (2013), *Les centres de santé : situation économique et place de l'offre de soins de demain*. Rapport IGAS. 2013.

Haute Autorité de Santé (2014). *Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?* Note méthodologique et de synthèse documentaire.

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2011). *L'assurance maladie face à la crise – Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ODAM et la mesure de l'accessibilités financière des soins*.

Inspection Générale des Affaires Sociales (2011). *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*. [en ligne]

McDonald KM, Sundaram V., Bravata DM, et al (2007). *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies*. Agency for Healthcare Research and Quality.

Observatoire Régional de Santé Centre-Val de Loire (2015). *Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire*.

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (2016), *Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers*. Lexique des parcours de A à Z.

Supports de cours

Le Bihan B. (2016). *Politiques sociales et de santé*. UE SHS 1 Sciences sociales et santé publique.

Le Bihan B. (2016). *Analyse des politiques publiques*. UE SHS 4 Promotion de la santé

Loncle P. (2010), *Module les politiques sociales et de santé publique*, 2010.

Schweyer F.-X. (2016). *Sociologie de l'action collective*. UE SHS 1 Sciences sociales et santé publique.

Sites

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr>

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<http://paerpa-centre.fr>

<http://www.regioncentre-valdeloire.fr/accueil/la-region-centre-val-de-loire/reperes-et-chiffres-cles.html>

<http://servicespublics.bearingpoint.com>

<http://social-sante.gouv.fr>

<http://solidarites-sante.gouv.fr>

<http://www.vie-publique.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Organigramme du projet

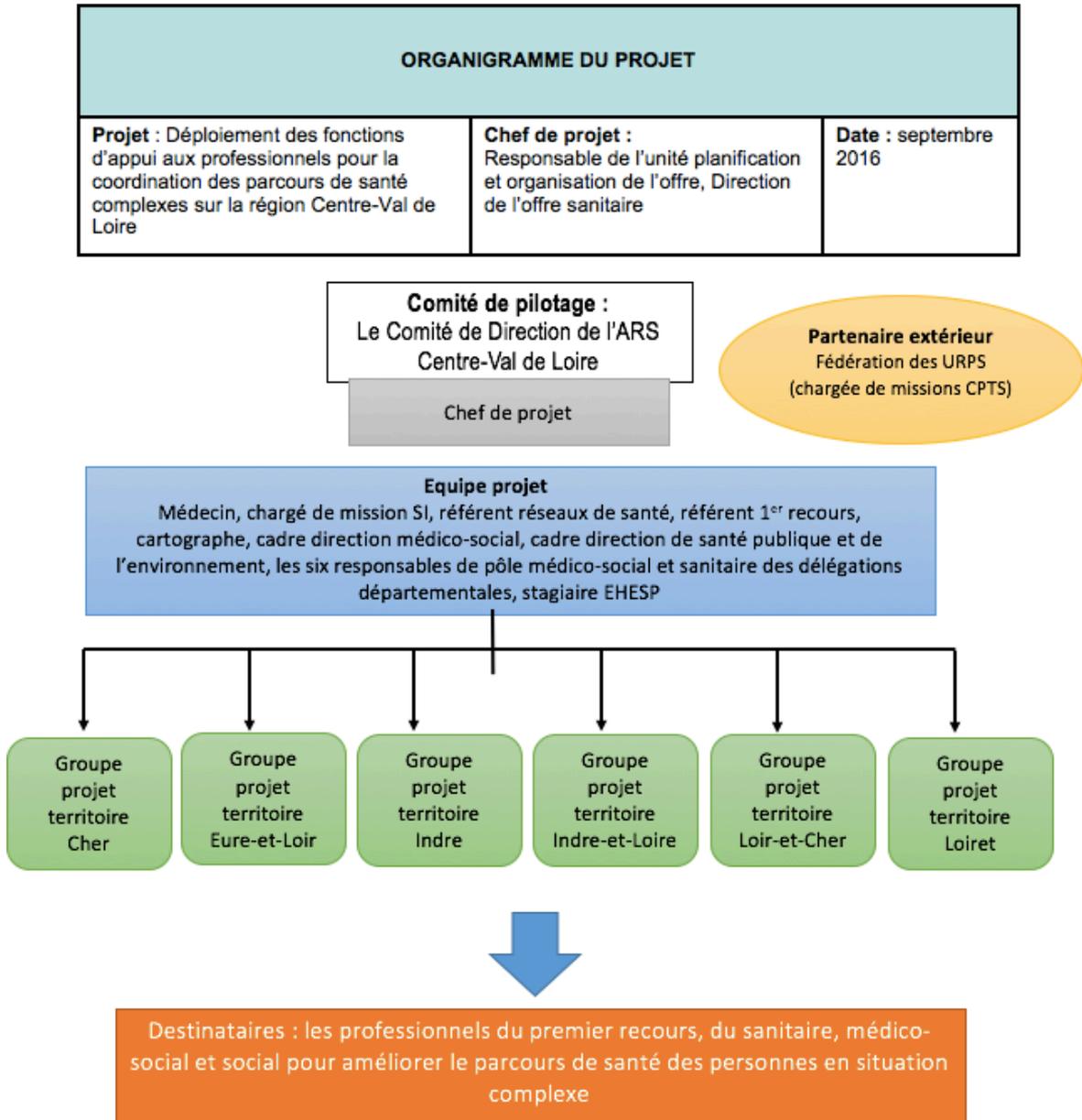
Annexe 2 : Cartographie des acteurs approche par public/pathologie

Annexe 3 : Cartographie des acteurs approche parcours

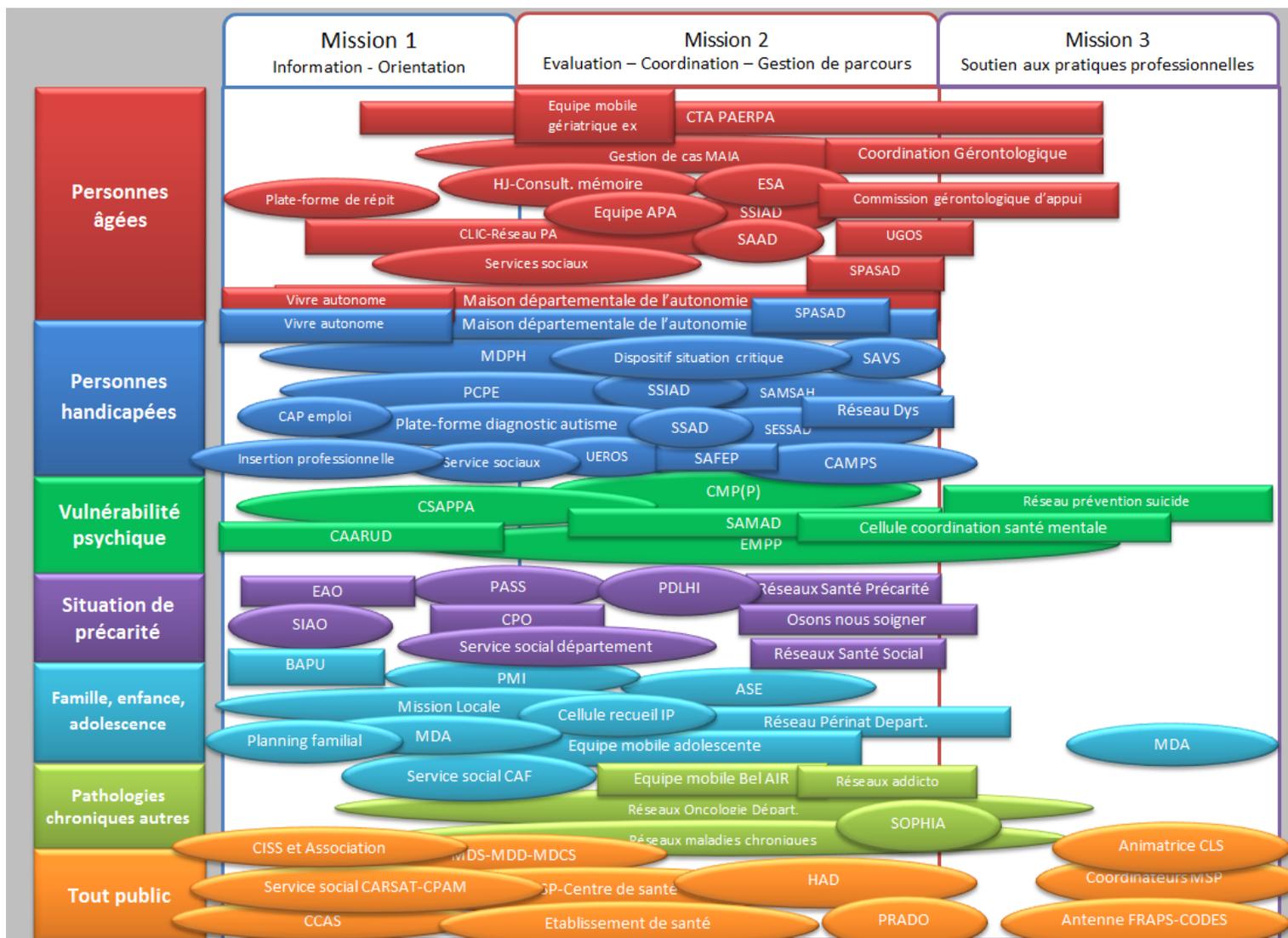
Annexe 4 : Cartographie des acteurs Qui sollicite ? Entrée public / professionnels

Annexe 5 : Cartographie des pôles d'attraction des médecins libéraux spécialistes

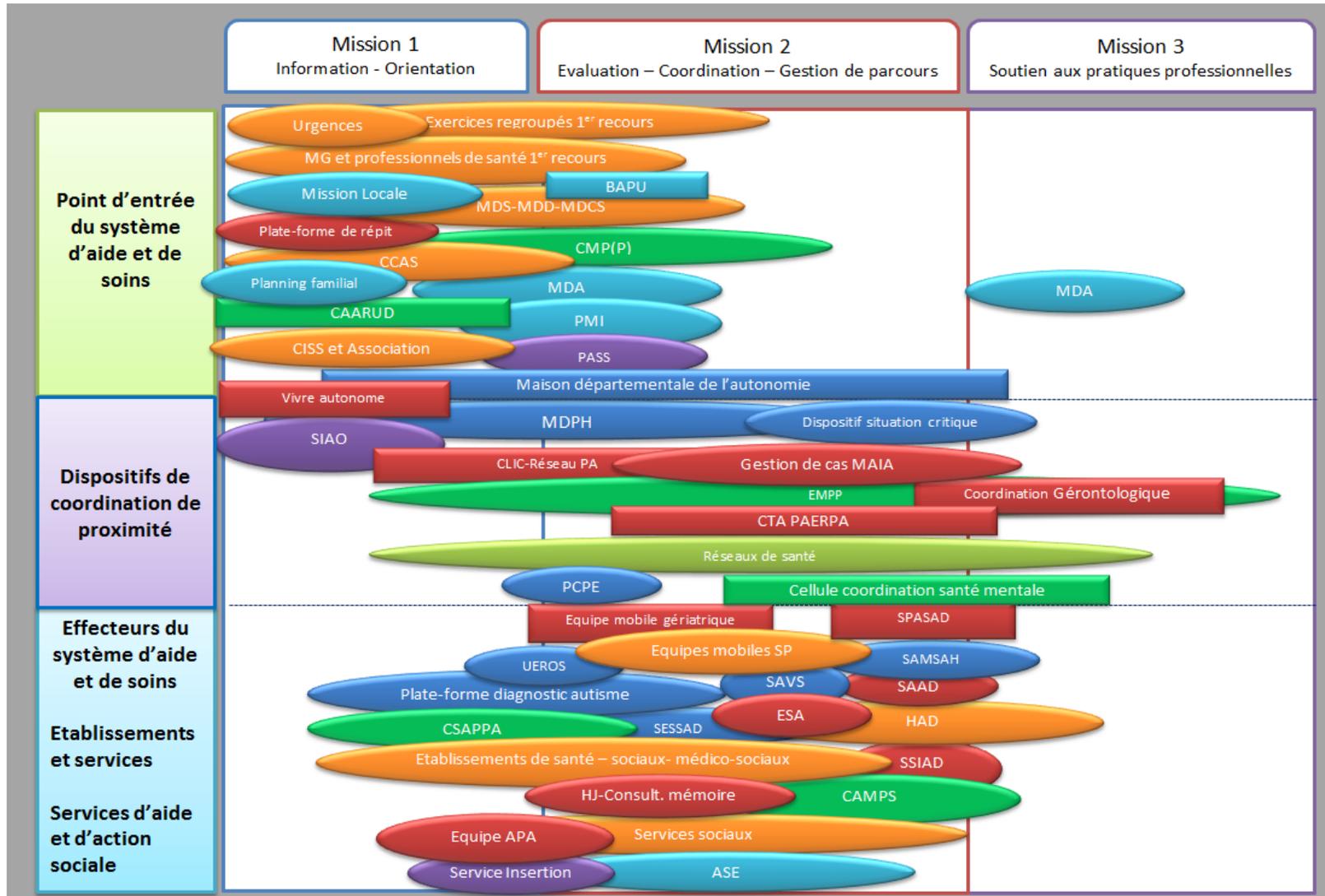
Annexe 1 : Organigramme du projet fonctions d'appui



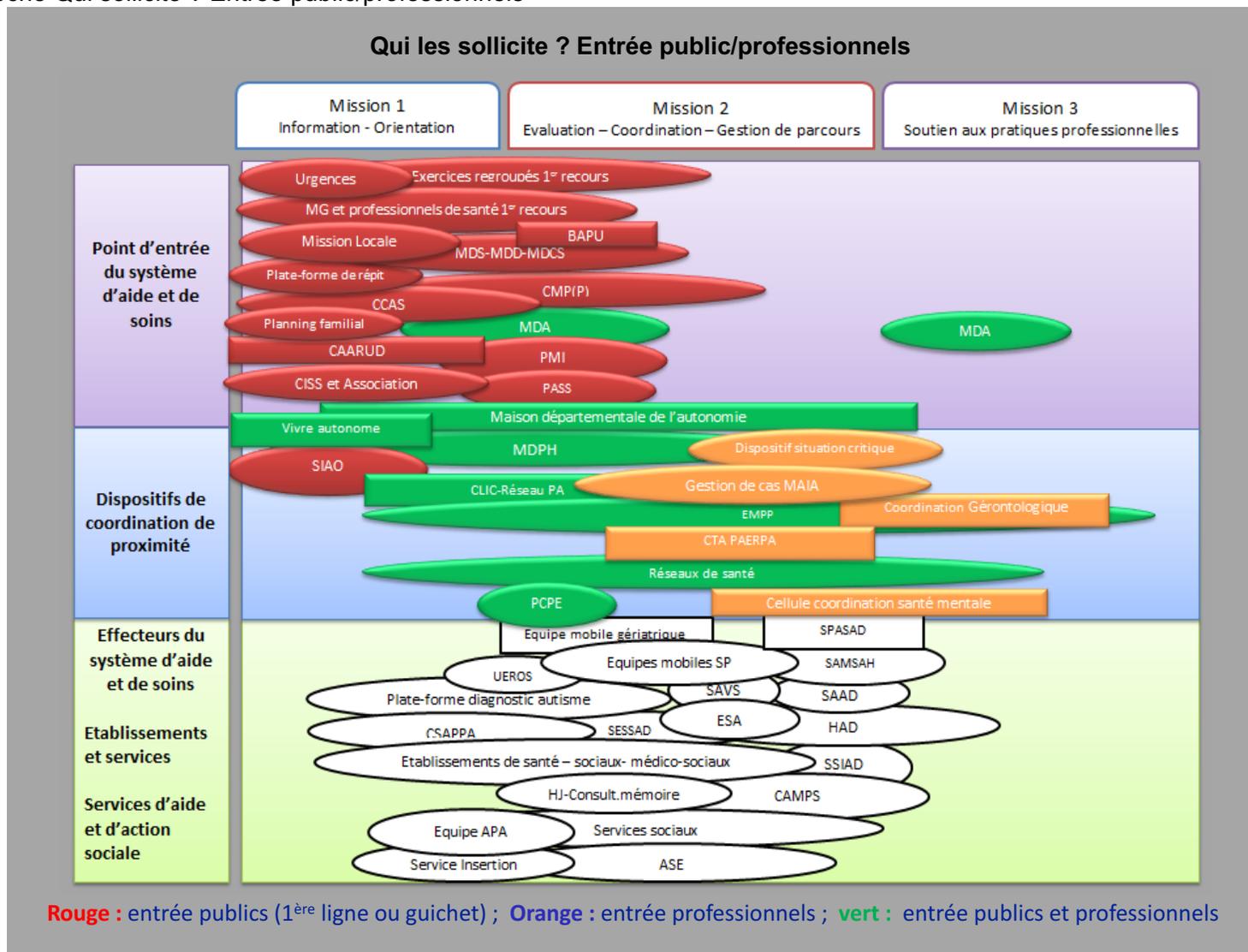
Annexe 2 : Cartographie des acteurs approche par public/pathologie



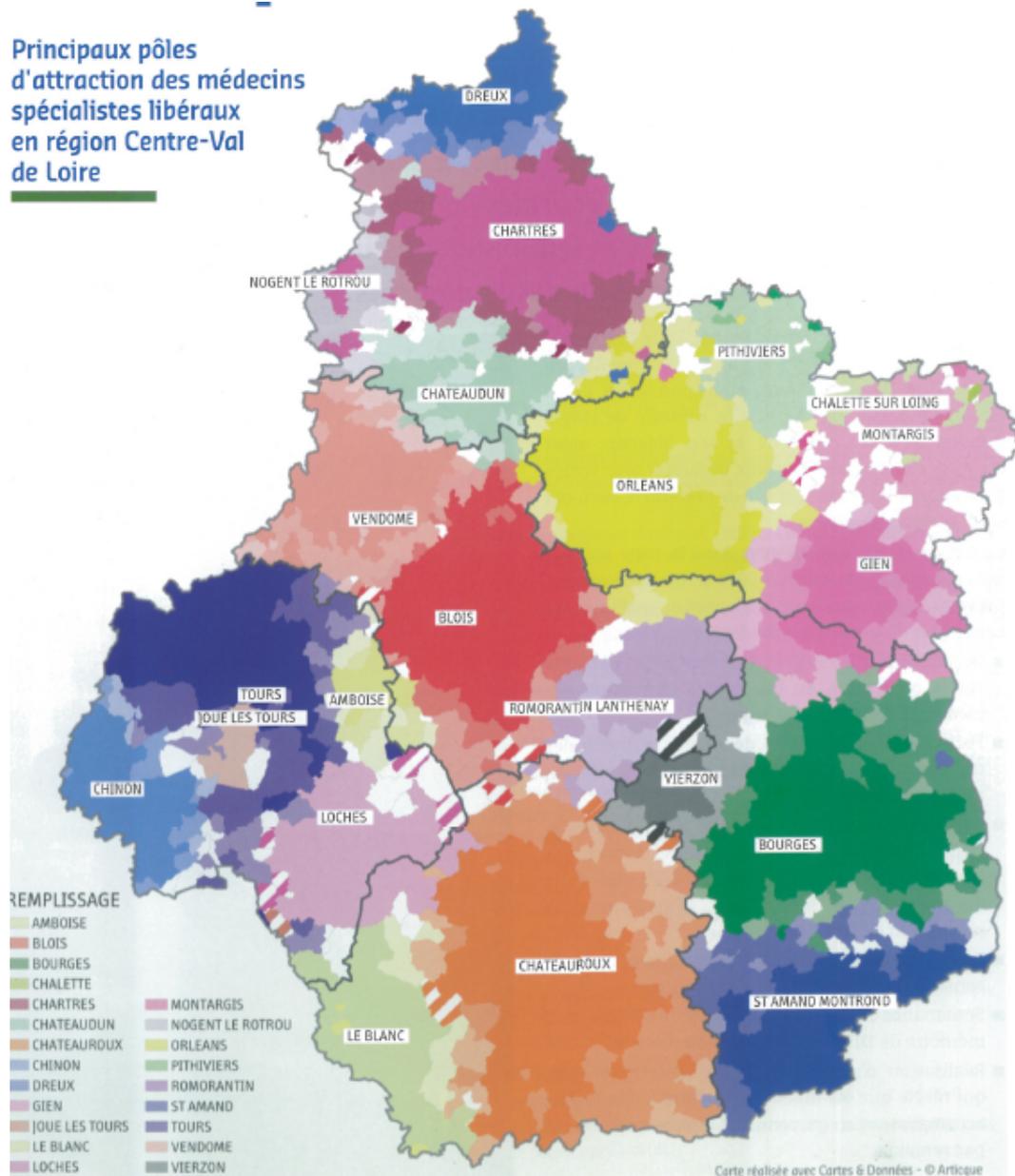
Annexe 3 : Cartographie des acteurs approche parcours



Annexe 4 : Approche Qui sollicite ? Entrée public/professionnels



Annexe 5 : Cartographie des pôles d'attraction des médecins libéraux spécialistes



Note réflexive

Retours sur l'organisation de la structure d'accueil

Entre animateur territorial et représentant de l'autorité publique, ambivalence de la posture des agents de l'ARS

J'ai réalisé mon stage dans « l'administration de la santé ». C'est le terme utilisé par les acteurs de santé plus particulièrement par les professionnels de santé libéraux pour désigner notamment l'ARS. La notion d'administration comporte deux significations. La définition fonctionnelle (avec un « a ») présente l'administration comme un ensemble d'activités dont le but est de répondre aux besoins d'intérêt général de la population tels qu'ils sont définis à un moment donné par l'opinion publique et le pouvoir politique. La responsabilité de l'Etat en matière de santé a des fondements juridiques avec les droits fondamentaux à la protection de la santé (art L. 1111-2 code de la santé publique) et à la dignité. La définition organique présente l'administration comme l'ensemble des personnes morales (Etat, collectivité territoriales, établissements publics...) et physiques (fonctionnaires, contractuels...) qui accomplissent ces activités et que l'on peut désigner comme des agents. L'administration de la santé se compose des institutions publiques qui organisent le système de santé et qui œuvrent à l'amélioration de l'état de santé de la population d'un territoire comme l'ARS. Ces définitions de l'administration de la santé permettent de comprendre le contexte de mon stage et d'aborder la notion de posture professionnelle et d'identité professionnelle. En effet, lors de mon arrivée en stage, je n'ai pas ressenti de discordance quant à aux compétences et aux connaissances à avoir pour la mission qui m'était donnée. Je me suis sentie bien préparée à l'arrivée en stage par les apports théoriques, outils, travaux de groupe issus du Master et par mes expériences. Par contre, j'ai été un peu déroutée par la posture professionnelle qui s'imposait à moi en tant qu'agent de l'administration de la santé. J'ai rapidement été identifiée par les acteurs de la santé malgré mon statut de stagiaire comme agent de l'ARS travaillant sur le déploiement des fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. C'est par des rencontres avec les acteurs à l'extérieur de ARS que j'en ai pris conscience. J'ai été interpellée par les réactions des acteurs suite à mes propos. Par exemple en posant des questions afin de mieux comprendre la situation et que je pensais sans enjeux, je me suis retrouvée soit interpellée pour développer davantage, soit j'ai provoqué une

argumentation importante de la part de mes interlocuteurs proche de la revendication. Cette posture professionnelle à avoir en tant qu'agent, j'ai pu l'observer lors des « groupes contributeurs » organisés pour l'écriture du schéma régional de santé dans le cadre du PRS de 2^{ème} génération. En effet, ces groupes contributeurs constitués d'acteurs représentatifs de la thématique devaient être un lieu de réflexion, de recueil des attentes, des difficultés des acteurs afin de formuler et de prioriser des objectifs opérationnels du schéma régional de santé à 5 ans. Ces groupes étaient animés par un chef de projet et son binôme, un des deux étant souvent médecin. Alors qu'il s'agissait pour l'ARS de « groupes de travail », j'ai été surprise de constater que les interlocuteurs de l'agence n'avaient pas nécessairement la même conception de ces rencontres. Comme par exemple dans le groupe sur la thématique de soins non programmés qui réunissait en plénier urgentistes, professionnels de santé libéraux, directeurs ou responsables de services des établissements de santé, où le positionnement de l'ARS et des autres acteurs étaient les suivants. Les représentants de l'ARS avaient une position conciliante, de recueil des propos, répondaient peu aux interpellations des acteurs, étaient même un peu effacés. Leurs partenaires étaient dans une position plutôt revendicatrice, mettant en avant leurs problématiques. Ils s'écoutaient peu et n'étaient dans une démarche constructive. Cette rencontre a été intéressante à observer, par le positionnement et les attitudes de chacun et par le décalage entre les deux positions. Tandis que l'ARS cherchait à se positionner dans un rôle d'animation des acteurs et dans une démarche de co-construction, les acteurs étaient là pour faire entendre leurs revendications et attendaient des réponses. L'accompagnement aux changements des pratiques dans lequel l'ARS s'est inscrite apporte certes des outils, des éléments théoriques, des mises en pratiques concernant l'animation, la mobilisation des acteurs. Mais la construction de cette posture demande à la fois un changement de la part des agents mais aussi des acteurs dans leur relation avec l'ARS. Dans l'exemple cité, les acteurs ne voyaient pas les agents de l'ARS comme des partenaires avec qui il s'agissait de co-construire le prochain schéma régional de santé mais comme l'autorité publique, l'Etat, le pouvoir, le financeur, le contrôleur. C'est d'ailleurs cette double fonction que les agents ont énoncé comme « schizophrène » lors de la formation Appui ARS Parcours et Territoire (AAPTe). Un jour, ils sont animateurs avec une certaine neutralité pour faire émerger des dynamiques territoriales et le lendemain ils sont ceux qui envoient un courrier pour rappel à la loi. Cette ambiguïté n'est pas nouvelle (Schweyer, 1996) mais elle nécessite pour les agents un travail de professionnalisation qui se construit entre pairs comme c'est le cas dans les formations mais aussi lors de sa rencontre avec autrui (Dubar, 1992). La rencontre avec autrui dans le cadre du rôle régulateur de l'administration que doivent assumer les agents interroge leur identité professionnelle. Cette position de régulateur qu'a l'Etat s'explique par la multiplicité des acteurs et elle rend complexe pour les agents la compréhension de

la réalité. Etant donné qu'ils n'ont qu'une connaissance limitée de la réalité (Simon, 1957). A titre personnel, j'ai perçu chaque contact avec les acteurs de l'extérieur comme un risque de perdre en crédibilité, en légitimité. Quand les agents se présentent devant leurs partenaires, ils éprouvent la crainte de n'être pas au courant d'une information, externe à l'ARS mais parfois aussi interne. Ils sont souvent dans une position d'écoute, ils questionnent, récoltent des informations, les traduisent à la direction voire à la direction générale afin de préparer une réponse, d'anticiper la prochaine interpellation des acteurs, de traduire en une politique de santé. Une partie de l'activité de l'ARS est de réaliser du traitement de l'information. Quand l'ARS n'est pas dans une position de recueil de données et qu'elle apporte des informations aux acteurs pour la présentation d'un dispositif, la présentation d'une démarche de travail, ces informations font suite à la définition d'une stratégie dont découle une note de cadrage validée en comité de direction et diffusée aux agents afin qu'ils s'approprient les éléments de langage. L'objectif étant que l'institution parle d'une seule et même voix. Si pour les agents présents au siège ayant moins de contacts avec les acteurs de terrain et ayant une proximité avec la direction l'alignement de la parole apparaît moins compliqué, pour les délégations départementales, il semble plus difficile de diffuser un discours commun. Tout d'abord, parce qu'elles doivent tenir compte des spécificités territoriales et puis parce qu'elles ont un accès direct et quotidien avec les acteurs des territoires qui implique la création de relations de travail où la posture institutionnelle n'est pas exclusive et peut paraître moins présente.

Une autre spécificité de l'ARS dans ces interactions avec les acteurs du territoire est sa recherche et son appui sur des relais parmi les acteurs afin qu'ils communiquent ses messages et contribuent à alimenter les dynamiques sur les territoires. Il s'agit aussi d'une caractéristique de l'Etat régulateur qui est davantage dans un rôle de faire faire. C'est bien la démarche qui est en cours dans le cadre de la mise en place des fonctions d'appui.

Les relations de travail au sein de l'ARS, relations hiérarchiques/ relations fonctionnelles

Au cours des réunions avec des partenaires extérieurs auxquelles j'ai participé, c'est la personne qui est hiérarchiquement la plus haut placée, qui parle, pose des questions, anime. Les autres agents, chargés de mission par exemple, viennent en appui pour leur connaissance du sujet mais interviennent peu. Si les relations hiérarchiques sont maintenues lors des rencontres avec l'extérieur afin de garantir une cohérence dans le discours diffusé auprès des acteurs, elles sont aussi très marquées au sein de l'agence. La loi confère un pouvoir important au Directeur général de l'ARS qui est nommé en Conseil des Ministres. La hiérarchie est importante avec jusqu'à 5 lignes hiérarchiques au

siège, certains parlent « du poids de la hiérarchie ». Dans les délégations départementales, « le poids de la hiérarchie est plus faible », puisque les agents ont au maximum deux supérieurs. Pour de nombreuses décisions et consignes, elles descendent de la direction générale vers les agents en passant par les directions métiers responsables de départements, les responsables d'unité et les responsables de cellule. Toutefois cette ligne hiérarchique n'est pas toujours respectée quand l'action demande une certaine souplesse par exemple (Dupuy et Thoenig, 1983). Des interpellations directes (modèle de la supervision directe) d'un agent par la directrice générale existent, elles sont souvent inopinées et demandent une intervention rapide de l'agent pour la mise en place d'une recommandation ou un complément d'information, ce qui peut créer un certain climat de tension. Ensuite, il peut s'opérer une entente dans la répartition de tâches entre cadres intermédiaires, cadre de proximité sans respect strict de la ligne hiérarchique.

Une réorganisation a eu lieu avec l'arrivée, il y a un an, de la nouvelle Directrice générale. C'est un élément de contexte important à relever dans le cadre de mon stage car il apparaît avoir des conséquences sur les relations de travail au sein de l'ARS. Des agents interrogés expliquent avoir vu leur marge de manœuvre se réduire depuis l'arrivée de la nouvelle Directrice générale et suite à la réorganisation qui a eu lieu, « avant si on n'était pas d'accord, on pouvait aller voir Monsieur X, on pouvait discuter ». En s'appuyant sur l'analyse stratégique de Crozier et Freiberg (1977), on pourrait penser que la réorganisation a réduit les zones d'incertitudes que certains agents avaient investi et donc leur capacité à négocier. Ce changement crée une frustration chez certains agents qui peut s'expliquer par un des premiers postulats de l'analyse stratégique, « les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation ». Ce postulat est à mettre en lien avec les éléments du baromètre social de l'agence présentée lors l'assemblée générale, qui mettait en évidence un manque de sens pour les agents dans leur travail et l'augmentation de ce sentiment. Suite à la présentation, la direction a exprimé sa surprise expliquant que compte-tenu des missions de l'ARS qui travaille à améliorer l'état de santé des personnes sur le territoire, comment pouvait-on dire que le travail au sein de l'ARS manquait de sens ? Un des éléments de réponses peut toutefois être la faible capacité d'initiatives qui s'explique par un pouvoir centralisé au sein de l'agence. A la fois, une cohérence des actions au sein de l'agence pour mettre en place la politique de santé sur le territoire après un arbitrage de la Directrice générale est essentielle mais peut-être que le sens des choix stratégiques devrait être davantage explicité et discuté avec les agents et qu'une certaine marge de manœuvre leur soit laissée pour leur mise en œuvre. Le modèle d'une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1983) qui repose sur une standardisation des

compétences et est composée de professionnels qualifiés (les référents thématiques sont souvent des bac + 5 experts d'une thématique) ne semble pas être celui de l'ARS car c'est le centre opérationnel qui est l'élément clé d'une bureaucratie professionnelle. Or, au sein de l'ARS, Centre-Val de Loire le sommet hiérarchique est très affirmé.

J'ai au cours de mon stage pu observer les relations hiérarchiques et les relations fonctionnelles. Dans le cadre de mes missions sur les fonctions d'appui, j'ai été intégrée à une l'équipe projet où les relations de travail entre ses membres étaient des relations fonctionnelles. J'ai pu interpellé des responsables de pôles de délégations départementales étant en appui de la chef de projet fonctions d'appui. Les réunions de travail de l'équipe projet étaient aussi des réels groupes de travail où chacun pouvait faire des propositions et exprimer son avis. Ce groupe de travail a été également utilisé pour recueillir de l'information sur le territoire (au niveau des délégations départementales) pour que le siège vienne en appui et décide d'orientations. Toutefois, J'ai trouvé qu'il manquait la réalisation d'un véritable travail en commun. J'ai regretté le manque de spontanéité dans les échanges et des positions attentistes bien qu'elles soient moins marquées que dans certaines réunions de travail internes. Plusieurs hypothèses peuvent être faites. Cela peut s'expliquer par la charge de travail, le nombre important de réunions qui fait que les agents sont moins impliqués et ont peu de temps pour préparer le sujet. Cela peut également se justifier par les faibles habitudes de travail en équipe au sein de l'ARS et par une distribution de la parole qui est conditionnée à la position hiérarchique ou à la profession (médecin ou non). Les réunions sont souvent des réunions de cadrage, elles relaient une information mais ont peu pour objectif la construction de projet commun. Si le travail en commun se fait, il se réalise plus en binôme (chargé de mission/ responsable ou chargé de mission/ référent médical...). La configuration des espaces et des locaux s'y prête peu, de plus il semble considéré comme une perte de temps. L'attachement des agents à leur bureau lors de la nouvelle réorganisation de l'espace témoigne aussi d'une faible présence d'espaces collectifs de travail. La formation parcours de l'EHESP pourrait apporter des changements dans les dynamiques de travail avec les partenaires extérieurs mais aussi entre les agents au sein de l'ARS. Ce faible travail d'équipe peut être aussi une des explications du manque de reconnaissance exprimée par les agents dans le baromètre social. Les agents peuvent être isolés dans leur travail d'autant plus au siège où ils ont moins de contacts avec l'extérieur. La théorie de la coopération de N. Alter (2009) explique comment la coopération dans le travail qui se fonde sur un endettement mutuel (don contre don) crée le lien social et permet d'accéder à la reconnaissance.

Monde universitaire et monde professionnel

Dans le cadre de la mise en place des fonctions d'appui, il m'a été demandé de réaliser une cartographie des acteurs et ensuite de proposer un schéma d'organisation des fonctions d'appui. Je me suis appuyée pour réaliser ces analyses sur des éléments empiriques et des apports de la littérature. Les éléments empiriques provenaient notamment des retours des délégations départementales. Pour la cartographie présentée lors de la journée régionale, il m'a été expliquée que l'analyse qui l'accompagnait, utilisait un discours trop universitaire et que le risque était de « perdre les acteurs ». Il fallait proposer aux acteurs un discours plus concis, institutionnel et opérationnel. Je me suis donc interrogée sur les relations entre le monde universitaire et celui de l'administration de la santé. Si ces liens apparaissent exister au niveau national avec des organisations qui réalisent de l'expertise (HAS ou ANAP) et des instituts et centres de recherche, au niveau régional ces liens apparaissent plus faibles. Il y est privilégié un appui sur les guides diffusés par le niveau national. Un Observatoire régional de la santé est présent mais il semble être peu sollicité par l'ARS. Comment alimenter l'action d'une agence régionale de santé en s'appuyant sur des recherches en sciences sociales nationales et internationales ? L'appui sur la littérature demande du temps, des compétences pour réaliser une revue de l'art et un accès à des ressources documentaires. L'ensemble de ces facteurs n'apparaissent pas être présents au sein de l'ARS. Un centre de documentation existe mais il est peu alimenté en ouvrages et apparaît peu utilisé. Ne peut-on pas imaginer que le siège joue un rôle pour étayer des retours du terrain par des cadres théoriques, des évaluations d'expérimentation dans le cadre de la mise en place de nouvelles organisations telles que les fonctions d'appui mais il pourrait être plus développé. Il existe une difficulté à capitaliser l'information et les expériences d'une région à une autre. Pour les fonctions d'appui, j'ai réalisé un travail de définition notamment pour la notion de coordination. De même, il a été réalisé des recherches en s'appuyant notamment sur les travaux de la HAS pour définir la complexité et l'évaluation avec les médecins de l'ARS. Dans le même sens, c'est un travail de définition des termes qui je trouve parfois absent lors de discussions entre acteurs dans les groupes de travail notamment ceux constitués pour l'écriture du Schéma Régional de Santé. Ce qui favorise des incompréhensions. Les groupes de contributions pour le PRS ont pour certains amené à de longues discussions qui apparaissaient une confrontation d'avis d'acteurs en fonction leurs prérogatives ou de leur sujet de prédilection. Ces groupes de travail auraient pu gagner en efficacité par des propos objectivés par une analyse de données, une évaluation des programmes mis en place (exemple dans le cadre de la prévention des risques chez personnes âgées). Les acteurs viennent à ses groupes de travail pour faire entendre leur opinion, sans données d'éléments permettant d'objectiver leur propos.

Ce travail d'objectivation des orientations est réalisé en partie par l'ARS. Il peut permettre de gagner en efficacité dans les réunions, de même qu'une préparation de ces réunions serait améliorée si une demande de contribution aux acteurs était faite.

Les relations avec les professionnels de santé libéraux

J'ai pris également conscience du poids de la problématique de la démographie médicale, l'expression de pénurie de médecin est d'ailleurs souvent employée. Cet élément de contexte a des conséquences sur le positionnement de l'ARS avec les professionnels de santé libéraux. L'ARS cherche à établir un travail de partenariat et laisse une marge de manœuvre aux professionnels de santé libéraux afin qu'ils s'impliquent. Ces derniers sont engagés dans un partenariat avec l'ARS et sont conscients du risque d'une dégradation de l'état de santé de la population et des conditions de travail difficiles des médecins. Toutefois cette pénurie de médecin déséquilibre les relations entre les professionnels de santé libéraux et l'ARS qui subit une pression des élus et de la population. Elle ne peut être que davantage conciliante et céder à leurs revendications quand le choix des patients pour leur médecin est réduit et que le nombre de personnes sans médecin traitant est important. Or l'ARS est rapidement limitée dans ses moyens d'agir sachant que les incitations financières fonctionnent peu et que les leviers ne sont pas seulement au niveau régional. Cela renforce l'impression d'une incapacité à agir et d'un sentiment d'échec de la part des agents dans leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Retours sur mon parcours de formation

Un stage qui met en cohérence les différents apports et expériences de mon parcours de formation

Ayant un diplôme initial d'assistant de service social et donc une certaine connaissance du domaine des politiques et de l'intervention sociales, mes missions au sein de l'ARS Centre-Val de Loire m'ont permis de mieux connaître le secteur de la santé. En étant au sein de l'institution publique qui pilote le système de santé au niveau régional, j'ai pu mieux appréhender la conception et la mise en place des politiques publiques dans le domaine de la santé. Ainsi, je termine mes années de formation en ayant une vision opérationnelle du secteur social et sanitaire à travers mon expérience dans une maison de santé pluriprofessionnelle complétée par une dimension plus stratégique des politiques de santé. Le master 1 « Santé Publique » et le master 2 « Pilotage des Actions et

Politiques en Santé Publique » m'ont donné les clés de compréhension, les méthodes et les outils permettant d'aborder sereinement ce stage et de mettre en perspectives mon parcours de formation. Mes missions relatives aux fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et à l'organisation du premier recours, ont mis en lien les différentes composantes de ma formation. L'articulation entre les politiques sociales et de santé étant un enjeu important de la coordination de même que la compréhension des dynamiques professionnelles à l'œuvre sur les territoires.

Les compétences et connaissances développées au cours de ce stage

J'ai pendant ce stage acquis et mobilisé des connaissances et développé de nouvelles compétences. J'ai approfondi mes connaissances sur les politiques de santé et les acteurs du territoire. Les fonctions d'appui à la coordination se veulent polyvalentes, cela m'a permis d'avoir une vision transversale des politiques sociales et de santé. J'ai découvert les différents champs de compétences de l'ARS, son organisation et ses relations avec les acteurs. Dans un futur poste, cela me permettra de me positionner de manière adéquate dans les relations de travail avec l'ARS, de savoir à quel moment il est pertinent de solliciter l'ARS et comment l'entretien d'un travail de partenariat avec l'ARS peut ensuite permettre de faire entendre ses opinions. Lors de mon un stage de master 1 santé publique dans un maison de santé pluriprofessionnelle, j'ai participé à l'élaboration d'une étude en vue de proposer à l'ARS un projet de CPTS. Ainsi maintenant, en ayant cette connaissance de l'ARS, j'ai une meilleure idée de la méthode et de la forme que cela peut prendre. Ensuite, ce stage m'a permis de connaître la diversité des acteurs du territoire et les missions qu'ils exercent. J'ai également l'impression d'avoir une vision plus claire des changements qui vont s'opérer dans les prochaines années dans le système de santé, en partie grâce à mon intégration aux travaux du PRS de deuxième génération. J'ai acquis des connaissances qui me permettront de comprendre mon futur environnement de travail.

J'ai réalisé un travail d'analyse au service de la mise en œuvre des fonctions d'appui que l'on pourrait qualifier d'ingénierie d'appui. Il s'agissait à la fois recueillir les données auprès des délégations départementales et des acteurs d'en faire une synthèse et de les analyser afin de définir des orientations. J'ai pu mobiliser ma capacité d'analyse et mes connaissances apprises au cours du master afin de comprendre les enjeux et jeux de pouvoir. J'ai développé des compétences en termes de communication en direction des acteurs de l'extérieur que ce soit à travers des présentations ou en participant à la réalisation d'une page internet de l'ARS. J'ai aussi pris conscience de l'importance de la

veille juridique et je me suis familiarisée avec les différents textes juridiques. Ce stage m'a permis de progresser dans l'organisation de mon travail et la priorisation des actions à réaliser.

Bibliographie

Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le Système*.

Dubar C. (1999). « La socialisation. Construction identités sociales et professionnelles ». *Revue française de pédagogie*, Volume 100, n°1, pp 117-121.

Dupuy F., Thoenig J.C. (1983). « *Sociologie de l'administration française* ». *Revue française de science politique*. Volume 33. Numéro 6. pp. 1039-1041

Simon H. (1957). *Models of Man: Social and Rational. Mathematical Essays on Rational Behavior in a Social Setting*. New York, Wiley.

Mintzberg H. (1983). *Structure in Fives : Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall.

GINISTY	Fanchon	7 juillet 2017
<p style="text-align: center;">Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique</p> <p style="text-align: right;">Promotion : 2016-2017</p>		
<p style="text-align: center;"><i>Développer des fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes en Centre-Val de Loire</i></p>		
<p style="text-align: center;">Promotion 2016-2017</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Ce mémoire porte sur l'analyse de la mise en œuvre d'une politique publique au sein de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Suite à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les ARS ont à charge d'organiser les fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. La mise en place des fonctions d'appui s'adressent à l'ensemble des professionnels même si une attention particulière est portée aux professionnels de santé du premier recours. Ayant pour vocation de répondre aux besoins des professionnels pour les situations complexes sans distinction d'âge, d'handicap et de pathologies, leur déploiement s'inscrit dans un environnement complexe, représenté dans ce rapport à travers des cartographies d'acteurs. L'enjeu pour l'ARS Centre-Val de Loire est de parvenir à mobiliser les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux des territoires afin d'améliorer la coordination des parcours. L'ARS engage une démarche de co-construction avec les acteurs afin qu'ils proposent des projets de territoire d'organisation des fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Un changement est en train de s'opérer par la création de nouvelles pratiques et l'utilisation de nouveaux outils notamment numériques. Les premiers concernés sont les dispositifs de coordination tels que les réseaux de santé, les MAIA... Après une présentation de la stratégie de l'ARS, ce mémoire analyse les attentes des acteurs et les premières dynamiques territoriales qui s'engagent. A partir des travaux des acteurs, des perspectives pour l'organisation des fonctions d'appui sont proposées.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Fonctions d'appui à la coordination – parcours de santé – situation complexes – co-construction – changement – soins primaires – case management.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		