



# ANNEXE 6 AU RAPPORT FINAL

ANALYSE DE FAISABILITE DES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE  
D' ACTIONS PROBANTES D' ACCOMPAGNEMENT IDENTIFIEES PAR  
L' EVALUATION NATIONALE DE L' EXPERIMENTATION  
« Accompagnement à l'Autonomie en Santé »

---

Rapport chiffrage octobre 2022

Contacts Acsantis

Alec Guiral

Associé Acsantis

[Alec.guiral@acsantis.com](mailto:Alec.guiral@acsantis.com)

Sandrine HAAS

Consultante Acsantis

+33 (0)6 24 84 54 94

[sandrine.haas@acsantis.com](mailto:sandrine.haas@acsantis.com)

Elise GASIOROWSKI

Consultante Acsantis

+33 (0)6 30 20 52 42

[elise.gasiorowski@acsantis.com](mailto:elise.gasiorowski@acsantis.com)



## SOMMAIRE

1	Introduction – la lecture du rapport d'évaluation pour l'approche économique de l'AAAS .....	4
1.1	Les « fonctions clés » ou les entités productives des missions .....	4
1.2	L'analyse des fonctions clés .....	5
1.3	Une approche déclinée par public .....	5
2	Le financement des « missions clés » de l'AAAS .....	5
2.1	Préambule de lecture .....	5
2.1.1	Les « surcoûts » de l'accompagnement à l'autonomie en santé .....	6
2.1.2	Une approche transversale, non ciblée sur les publics visés par l'accompagnement à l'autonomie en santé .....	6
2.1.3	Les surcoûts estimés à l'échelle microéconomique des structures .....	6
2.2	La mission Relais pour l'accessibilité .....	7
2.2.1	Caractéristiques de la mission et principales charges de financement .....	7
2.2.2	L'estimation des charges de la mission Relais-Accessibilité .....	7
2.2.3	Les opérateurs et leurs modes de rémunération sur la mission « relais » .....	14
2.2.4	Principales sources de financement .....	15
2.3	La mission de pair-aidant et/ou de patient expert dans l'accompagnement des parcours de santé .....	17
2.3.1	Caractéristiques de la mission et principales charges de la mission .....	17
2.3.2	L'estimation des charges de la mission Pair-Aidance / patients experts dans l'accompagnement des parcours .....	18
2.3.3	Les modes de rémunérations des opérateurs .....	25
2.3.4	Les principales sources de financement .....	26
2.4	La mission de coordination territoriale pour agir sur l'environnement des parcours .....	27
2.4.1	Caractéristiques de la mission et principales charges de sa mise en œuvre .....	27
2.4.2	L'estimation des charges de la coordination territoriale favorable à l'action sur l'environnement de parcours .....	28
2.4.3	Les modes de rémunération des opérateurs .....	32
2.4.4	Les principales sources de financement .....	33
2.5	L'appui à la participation au pilotage des dispositifs .....	34
2.5.1	Caractéristiques de la mission et principales charges de sa mise en œuvre .....	34
2.5.2	Estimation des charges de la mise en œuvre de la mission .....	35
2.4.3	Les modes de rémunération des opérateurs .....	36
2.4.4	Les principales sources de financement .....	36
3	Synthèse et recommandations .....	39
3.1	Le surcoût de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé .....	39



3.2	Le positionnement des porteurs sur les différentes missions de l'AAAS .....	39
3.2.1	Mission relais-accessibilité – Surcoûts élevés pour toutes les catégories de porteurs signalent une marche à franchir importante pour tous les acteurs .....	39
3.2.2	Pair-aidance et/ou patients experts pour l'accompagnement des parcours : les outils et compétences déjà développées dans les structures d'appui à la coordination .....	40
3.2.3	La coordination territoriale pour l'action sur l'environnement : les instances locales de gouvernance .....	41
3.2.4	La participation au pilotage des dispositifs et structures : la diffusion de l'évaluation et des démarches de qualité.....	42
3.2.5	Tableau de synthèse .....	43
3.2.6	Une analyse des coûts par démarches structurantes .....	45
3.3	Points de vigilance pour le financement de l'Accompagnement à l'Autonomie.....	46
4	Les programmes de financement.....	48
4.1	Principales caractéristiques des modes de financement et programme .....	48
4.2	Mode de financement par public cible et type de missions .....	53



# 1 INTRODUCTION – LA LECTURE DU RAPPORT D'ÉVALUATION POUR L'APPROCHE ÉCONOMIQUE DE L'AAAS

## 1.1 LES « FONCTIONS CLÉS » OU LES ENTITÉS PRODUCTIVES DES MISSIONS

Le rapport d'évaluation dans sa dernière version (août 2022) a identifié 19 fonctions clés de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé (AAAS) qui sont représentées en Figure 1.

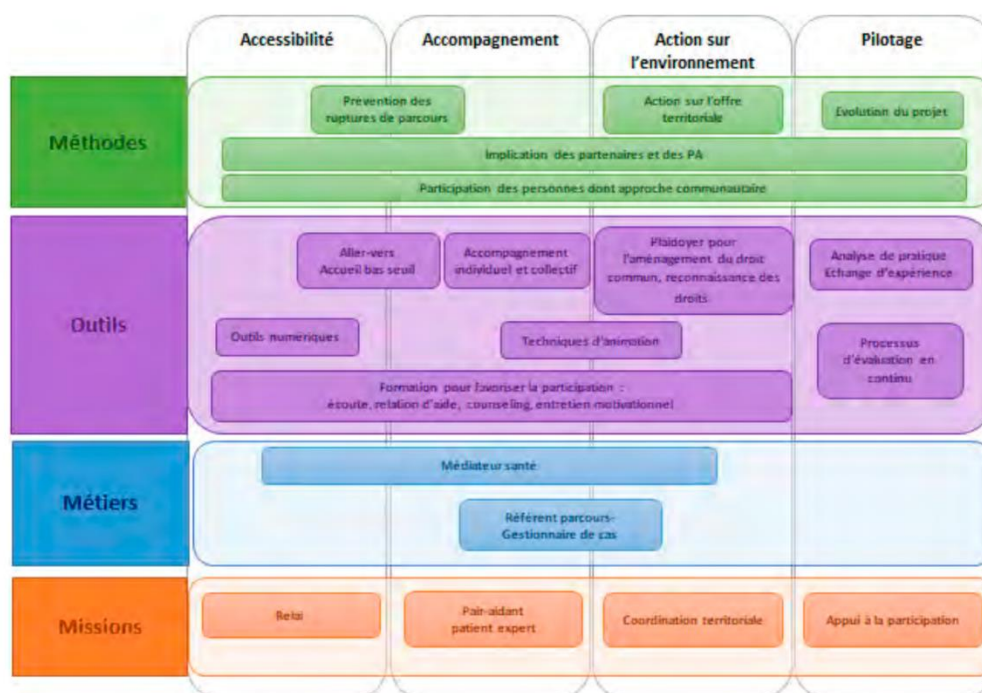


Figure 1: Schéma consolidé des fonctions clés de l'AAAS. Source : Rapport final d'évaluation (Août 2022)

Pour réaliser l'analyse économique des « fonctions clés » identifiées dans l'expérimentation, nous proposons **une lecture par mission**.

En effets, les « fonctions clés » ne sont pas des briques d'actions indépendantes, mais des composantes servant la réalisation d'une mission définie, on retrouve :

- **Relais** favorisant l'accessibilité au niveau populationnel
- **Pair-aidant et/ou patient expert** favorisant l'accompagnement des parcours, au niveau des trajectoires individuelles
- **Coordination territoriale** pour promouvoir la transformation de l'offre et plus généralement des conditions de déroulement des parcours de santé. Ces transformations s'opèrent à différentes échelles locale, départementale, régionale ou nationale
- **Appui à la participation** pour la gouvernance et le pilotage au niveau de l'organisation de la mission d'AAAS

Chaque mission cible un niveau d'intervention (populationnel, individuel, territorial, organisationnel) qui est susceptible de favoriser l'AAAS, dès lors qu'elle mobilise dans la mise en œuvre des compétences, méthodes et outils adaptés : là résident les contraintes de moyens économiques associées à chacune des missions d'AAAS.



## 1.2 L'ANALYSE DES FONCTIONS CLÉS

Dans cette perspective, le financement d'une fonction clé seule n'est pas opérationnel : le financement touche tous les « inputs » de la fonction de production du service ou de la mission considérée. Par exemple, le financement de ce « nouveau métier » n'a pas de sens s'il ne tient pas compte de ses conditions d'exercice, des méthodes et outils associés, et de l'organisation interne et partenariale dans laquelle s'inscrit son poste.

A contrario, l'intégration et l'articulation des différents niveaux d'intervention sont évidemment des conditions de réussite et d'efficacité de la portée de chaque mission, mais elles n'en sont pas une condition nécessaire à sa réalisation.

## 1.3 UNE APPROCHE DÉCLINÉE PAR PUBLIC

Le rapport d'évaluation distingue trois types de public cible :

- Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques
- Les personnes avec une maladie chronique en situation complexe et/ou en situation de handicap
- Les personnes vivant avec un trouble psychique

Pour chacun des publics, la place relative des différentes missions est variable :

- Pour les personnes présentant des difficultés spécifiques, la mission centrale est le relai en faveur de l'accessibilité : l'accompagnement des parcours n'est pas toujours intégré, les personnes qui auront choisi de s'engager peuvent être orientées si besoin vers d'autres structures pour poursuivre le parcours ;
- Pour les personnes souffrant d'une maladie chronique en situation complexe ou en situation de handicap, la mission centrale est le pair-aidant ou le patient expert dans l'accompagnement individuel du parcours de santé ;
- Pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, la mission centrale est aussi le pair-aidant ou le patient expert dans l'accompagnement du parcours de santé, un accompagnement comprenant cependant un volet collectif plus développé.

On note que les missions de coordination territoriale et d'appui à la participation n'apparaissent pas en propre dans la description de synthèse des dispositifs par public. Nous faisons ici l'hypothèse que ces deux missions sont plus transversales, présentes et intégrées à l'organisation de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé, avec cependant des modes de déploiement et d'organisation très circonstanciels, définis par les environnements de partenaires et l'organisation des territoires dans lesquels ils s'inscrivent respectivement.

## 2 LE FINANCEMENT DES « MISSIONS CLÉS » DE L'AAAS

### 2.1 PRÉAMBULE DE LECTURE

Dans l'approche proposée, l'analyse a une entrée par « mission clé », on précise sur la base des données du rapport d'évaluation, les caractéristiques de la mission, les ressources mobilisées, et finalement les financements auxquels les missions sont potentiellement éligibles.



### 2.1.1 Les « surcoûts » de l'accompagnement à l'autonomie en santé

Quatre missions ont été définies dans le rapport d'évaluation comme vecteur de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Leur mise en œuvre passe par plusieurs « fonctions clés », qui sont des leviers basés sur des outils, compétences et/ou méthodes à mobiliser par les porteurs.

Dans l'analyse, ce sont les surcoûts associés à ces missions spécifiques de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé qui sont estimés.

On estime en première approche les surcoûts « bruts » au sens où aucune hypothèse n'est émise sur les ressources des porteurs potentiels susceptibles d'être mutualisées dans la mise en œuvre de chacune des missions clés.

Dans la réalité, chaque porteur dispose d'un certain nombre de ressources susceptibles de servir en partie les fonctions d'Accompagnement à l'Autonomie en Santé. Une analyse des surcoûts effectifs des différentes catégories de porteurs est proposée en synthèse de l'étude.

### 2.1.2 Une approche transversale, non ciblée sur les publics visés par l'accompagnement à l'autonomie en santé

L'analyse économique proposée ne procède pas à une déclinaison par public cible, mais s'attache au contraire à une conception transversale de chaque mission, quelle que soit la place relative de l'accompagnement à l'autonomie en santé pour les différents publics.

Dans cette perspective, chaque fonction clef est estimée dans son intégralité. Dans la réalité, le rapport d'évaluation montre que les fonctions clefs s'articulent selon une géométrie variable selon les publics, qui déterminent la somme des financements requis.

### 2.1.3 Les surcoûts estimés à l'échelle microéconomique des structures

Pour rappel, l'analyse des « surcoûts » menée ici porte sur l'échelle microéconomique des porteurs susceptibles de mettre en œuvre les accompagnements à l'autonomie en santé.

Or, il faut rappeler qu'en ce qui concerne l'autonomie en santé, ces surcoûts sont potentiellement sources d'économies sociales et de santé à une échelle plus macroéconomique.

Ces économies sont multiples : évitement de l'aggravation des pathologies et des éventuels séjours hospitaliers ou soins de longue durée associés, moindre recours aux urgences, observance et efficacité au long cours des stratégies thérapeutiques, prévention des ruptures de parcours, sensibilité accrue aux messages de prévention, abaissement des risques de santé, amélioration des dynamiques d'insertion professionnelle et sociale, etc. Toutes ces économies permises par une plus grande autonomie des patients sur leur parcours de santé et de vie sont bien documentées.

Les surcoûts à l'échelle microéconomique de chaque porteur pour la mise en œuvre des fonctions d'accompagnement à l'autonomie en santé génèrent des effets positifs à une échelle plus large.

Cette mise en perspective est importante à rappeler, d'autant que la mesure de ces « externalités » n'entre cependant pas dans le champ de la présente analyse.



## 2.2 LA MISSION RELAIS POUR L'ACCESSIBILITÉ

### 2.2.1 Caractéristiques de la mission et principales charges de financement

#### La définition de la mission Accessibilité

« L'ensemble des dispositifs d'AAAS vise à la prévention des ruptures de parcours. Des aménagements spécifiques comme la gratuité, le rappel des perdus de vue... sont décrits pour garantir l'accessibilité. Les actions de convivialité sont déterminantes pour faciliter la relation, elles doivent être reconnues en tant que telles dans les financements des dispositifs. Certains dispositifs d'AAAS peuvent utiliser des outils l'aller-vers quand ils visent des publics très éloignés des soins, ils s'appuient sur des nouveaux métiers comme les médiateurs de santé ou des missions spécifiques comme les relais ou les animateurs numériques. »

Source : Rapport d'évaluation Regards Santé – Atelier de l'Évaluation : rapport annuel 2022 – Évaluation nationale d'AAAS P 131

Il s'agit d'une mission qui a vocation à se dérouler en amont des parcours de santé et de soins, et créer les conditions favorables pour mettre en confiance, sensibiliser, finalement amener les personnes à s'inscrire dans un parcours de santé. La mission et les différents leviers sur lesquels elle s'adresse à une population, à tout ou partie des habitants d'un territoire : elle relève d'une approche dite populationnelle.

Pour cette mission, les expérimentations ont conduit à identifier **5 principaux postes de charge** :

- Poste médiateur santé et/ou interprétariat
- Les déplacements pour l'itinérance des lieux de rencontre
- Les charges pour l'accueil sur des lieux alternatifs au local ou siège du porteur
- Le travail en horaires décalés
- Le temps et nombre de consultations accrus à « l'inclusion », sur les volets social ou médical

On considère ici que les outils, notamment de système d'information relatif aux relances pour l'observance des rendez-vous par exemple, existent la plupart du temps, et que le médiateur, ou la personne-ressource dans cette fonction d'accessibilité comprend un temps dédié à veiller au suivi des premiers rendez-vous. Le développement de ces outils n'est pas financé dans les charges courantes associées à cette mission. Le coût d'abonnement éventuel à de tels outils pourrait être intégré s'il s'avérait qu'il ne relève pas des fonctionnalités des outils E-santé mis à disposition par les autorités publiques régionales.

### 2.2.2 L'estimation des charges de la mission Relais-Accessibilité

#### 2.2.2.1 Hypothèses transversales : l'échelle populationnelle

L'approche populationnelle qui caractérise la mission de relais et d'accessibilité au parcours de santé oblige à définir autour d'un nombre d'habitants, l'échelle d'intervention autour de laquelle se déploie la mission et ses objectifs d'amélioration de l'accès au parcours de santé. L'échelle du nombre d'habitants est le numéraire qui permet d'estimer les charges associées à la mise en œuvre de la mission.

Dans les estimations qui suivent, **l'unité retenue est celle d'un territoire de 20 000 habitants**. Cette échelle représente une échelle d'intervention sur un bassin de vie moyen, sachant que la moitié des bassins de vie comprennent un peu moins 15 000 habitants, et 25 % seulement des plus grands bassins de vie ont plus de 25 000 habitants.



Cette échelle permet aussi de définir des zones d'intervention raisonnables pour cette mission d'accessibilité, susceptibles d'intégrer, sans s'y restreindre, un ou deux Quartiers des Politiques de la Villes. On en compte aujourd'hui près de 1300 (1296 exactement), où résident 5,4 millions de personnes, soit 8 % de la population française, pour une taille moyenne d'environ 4 000 habitants.

### 2.2.2.2 Les charges du médiateur santé

Les objectifs principaux de la médiation en santé portent sur l'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation des patients conduisant vers une autonomie en santé notamment. La fonction / fiche de poste du médiateur en santé est généralement structure et territoire dépendant. La médiation peut s'effectuer principalement à l'extérieur dans une démarche d'aller-vers ou au sein d'une structure par exemple. Ce médiateur peut parfois avoir une fonction également d'interprétariat. De ce fait, les charges adjacentes au poste de médiateur en santé peuvent donc être très variables. Il s'agira donc ici d'évaluer uniquement le coût d'un poste de médiateur en santé avec un regard RH.

Les charges du médiateur santé sont contenues dans le coût total employeur pour le salaire annuel de rémunération. L'estimation est résumée dans le tableau ci-dessous.

- Le **montant de rémunération** est estimé à une moyenne de **2 000 € bruts annuels**, pour un profil qui n'est ni tout à fait débutant, ni très ancien dans la poste.
- On estime que pour un bassin de population de 20 000 habitants, la présence de **1,5 ETP de poste de médiation** est nécessaire, afin que puissent s'installer, par une présence fréquente et continue sur les lieux stratégiques identifiés, les relations de confiance autour desquelles se construisent les relais, la sensibilisation et le travail motivationnel autour des problématiques de santé. Notons que les expérimentations comme du reste plus généralement toutes les initiatives de créations de postes pour ces métiers de médiateurs santé présentent des niveaux de présence à la population pour ces postes extrêmement variables. Cette variabilité tient à l'utilisation qui est faite des compétences du médiateur santé et à l'ambition relative attribuée à son poste. Le choix de retenir 1,5 ETP pour 20 000 habitants porte une pleine ambition pour cette mission, puisqu'elle permet d'assurer sur l'année et en continu, une présence de ces professionnels sur le territoire. Cela permet de couvrir un territoire où les besoins de relais pour l'accessibilité à la santé sont significatifs, avec une présence utile sur plusieurs quartiers, et/ou plusieurs structures accueillant des personnes très éloignées des soins.
- Le montant des charges a été estimé avec [l'outil dédié de l'URSSAF](#). Sans nul doute ce montant peut varier selon le statut des porteurs et les conventions collectives associées. Notons que le faible niveau des charges patronales renvoie à la réduction de la taxe sur les salaires, dite réduction Fillion, à laquelle sont éligibles les salaires bruts inférieurs à 1,6 Smic, dans lesquels se range le salaire d'un médiateur santé.

Poste médiateur santé	Montants estimés
Salaire mensuel net	1 600 €
Charges salariales	22%
Salaire mensuel brut	2 049 €
Charges patronales	20%
Coût mensuel total employeur	2 450 €
Nb ETP	1,5
<b>Coût annuel</b>	<b>44 100 €</b>

Dans ces conditions, les **coûts associés aux fonctions du médiateur santé s'élèvent à 44 100 € par an.**





Focus projet  
AAAS

La **case santé Toulouse** a consacré 16.24 ETP sur 5 ans à l'équipe projet composée de l'équipe de médiation en santé et un poste de chargée de projet.

Le **Pôle de santé de Chambéry** a financé des postes de médiateurs santé à hauteur de 1.6 ETP au SMIC.

### 2.2.2.3 Les charges liées à l'interprétariat

L'estimation des coûts de l'interprétariat en santé a fait l'objet d'un [rapport de l'IGAS](#) très informé. Il a fourni une base de travail précieuse à ce volet de l'estimation, mais cette dernière ne prétend pas ici à la même exhaustivité.

L'unité de calcul est ici aussi la couverture des besoins d'une population de 20 000 habitants. L'estimation du coût de l'interprétariat en consultation est passée par plusieurs étapes :

- L'estimation du coût l'interprétariat pour une consultation
- L'estimation sur un bassin de 20 000 habitants, de la population concernée
- L'estimation du nombre de consultations potentielles pour couvrir les besoins de la population

Le détail des étapes est décrit dans le tableau ci-dessous. Le tarif horaire est estimé à 40 € de l'heure, avec une consultation durant une demi-heure, soit supposée un peu plus longue pour le professionnel de santé qui doit prendre le temps de l'échange interprété, on apprécie pour chaque consultation 20 € de rémunération de l'interprétariat.

Tableau d'estimation des coûts d'interprétariat	
Variabiles	Valeurs
<b>Estimation du coût de l'interprétariat par consultation</b>	
Tarif horaire	40 €
Temps de la consultation avec interprétariat (en mn)	30
Coût à la consultation de l'interprétariat	20 €
<b>L'estimation de la population concernée sur le bassin de 20 000 habitants</b>	
Maille de population (en nb d'habitants)	20 000
Part des demandeurs d'asile par habitant (en %)	0,2%
Demandeurs d'asile (en nb)	40
Part de la population immigrée (en %)	7,7%
Population immigrée rencontrant des difficultés de compréhension orale (en %)	30,0%
Nb de population immigrée concernée par l'interprétariat	462
Total population concernée	502
<b>L'estimation du nombre de consultations avec interprétariat</b>	
Taux de recours population générale (nb consultations MG annuelles)	3,5
Nb consultations potentielles avec interprétariat	1 757
<b>Résultat final</b>	
<b>Coût interprétariat pour le bassin de 20 000 hab.</b>	<b>35 140 €</b>
Dépense par habitant	1,8 €



La population concernée par ces besoins est supposée être celle des demandeurs d'asile (estimée en France en moyenne à 0,2 % de la population<sup>1</sup>), et la population immigrée présentant des difficultés de compréhension de la langue. On considère qu'il y a sur le territoire la même proportion d'immigrés de nationalité étrangère qu'en France, soit 7,7 % de la population du bassin<sup>2</sup>. On estime que 30% de cette population présente des difficultés avec la langue susceptible de rendre l'interprétariat nécessaire<sup>3</sup>. Au total, sur un territoire de 20 000 habitants, un peu plus de 460 personnes pourraient être concernées par une consultation nécessitant un interprétariat. Cet effectif estimé pourrait intégrer potentiellement une partie des personnes souffrant d'illettrisme, qui représente en France selon l'INSEE en 2011, 7 % de la population adulte ; pour cette population cependant, les besoins d'interprétariat en consultation sont sans doute moins importants que l'aide à la compréhension des prescriptions et résultats médicaux.

Si ces personnes présentaient un taux de recours identique à celui de l'ensemble de la population, le nombre de consultations avec interprétation s'élèverait à plus de 1 700. On peut considérer cependant que la population d'immigrée de nationalité, soit un coût total de la **fonction clef d'interprétariat** pour le bassin de 20 000 habitants de **35 140 €**.

#### 2.2.2.4 Les surcoûts de l'itinérance

L'estimation des frais de déplacement associés au relais donné à l'accès à la santé est ici basée sur des hypothèses d'un territoire de 20 000 habitants, mais avec peu de spécifications sur la géographie des lieux. Cette fonction d'itinérance n'aura de toute évidence pas le même coût en milieu urbain ou rural, selon l'étendue du territoire et selon ses réseaux de transports et de déplacements. Ainsi, l'estimation pourra être révisée selon ces configurations.

L'hypothèse ici est celle d'un déplacement en voiture avec une seule voiture dans la flotte de véhicules de l'organisation porteur de la mission.

On considère que pour la mission relais d'accessibilité aux soins, il y aura 6 déplacements de 20 km, soit 3 allers-retours de 40 km pour se rendre sur différents lieux propices à la rencontre des publics les plus éloignés des soins. Les itinérances se déroulent sur 47 semaines dans l'année.

Les coûts kilométriques sont calculés à partir des [barèmes kilométriques de l'administration fiscale](#) pour les indemnités de déplacement, sur un véhicule de 4CV.

---

<sup>1</sup> <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Communiqués/Statistiques-annuelles-en-matiere-d-immigration-d-asile-et-de-nationalite2>

<sup>2</sup> [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757#figure1\\_radio2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757#figure1_radio2)

<sup>3</sup> Cette proportion de 30 % est une appréciation à partir des données de l'enquête immigration, qui moyennise les difficultés posées par la langue française, selon le temps d'arrivée et d'intégration à l'emploi <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3640742>



Estimation des coûts de déplacement	
Variables	Valeurs
<b>Nb de déplacements par semaine</b>	6
<b>Nb de km par déplacement</b>	20
<b>Nb total parcouru par semaine (en km)</b>	120
<b>Nombre de semaines actives en déplacement</b>	47
<b>Nb km à l'année</b>	5 640
<b>Coûts kilométriques à l'année</b>	3 084 €
<b>Taxe sur véhicules</b>	1 400 €
<b>Nb de véhicules</b>	1
<b>Total coût déplacements</b>	<b>4 484 €</b>
<b>Arrondi total frais de déplacements</b>	<b>4 500 €</b>

Au total, avec la taxe sur les véhicules, les **frais de déplacements pour la mission aller-vers** sont estimés à **4 500 € annuels**.

#### 2.2.2.5 Les surcoûts des lieux alternatifs

L'ouverture de points de rencontres alternatifs fait partie de l'éventail des solutions proposées pour se rapprocher des populations ciblées par les démarches d'accompagnement à l'autonomie en santé.

On peut penser que ce poste est dans certains cas une alternative aux déplacements détaillés plus haut, mais il n'y a pas ici d'exclusive présumée.

Hypothèses pour local d'accueil alternatif	
Variables	Valeurs
<b>Surface (en m<sup>2</sup>)</b>	40
<b>Prix au m<sup>2</sup></b>	16 €
<b>Aménagement au m<sup>2</sup></b>	400
<b>Nb de lieux alternatif</b>	1
<b>Location mensuelle</b>	640 €
<b>Location annuelle</b>	7 680 €
<b>Coût aménagement</b>	16 000 €
<b>Dotations amortissements sur 5 ans</b>	3 200 €
<b>Total annuel local alternatif</b>	<b>10 880 €</b>

L'estimation est basée sur la location d'un espace « secondaire » alternatif aux locaux usuels de l'organisation porteurs. Cet espace est de 40 m<sup>2</sup>, pour un coût moyen de location de 16 € le m<sup>2</sup>, et qui a pu nécessiter des travaux d'aménagements mineurs, essentiellement mobiliers, pour un montant de 400 € par m<sup>2</sup> amorti sur 5 ans.

Dans ces conditions, la mise en place d'un lieu alternatif d'accueil s'élève à près de 11 000 € par an.



Focus projet  
AAAS

Il est à noter que pour les projets entrant dans le cadre de l'expérimentation AAAS, les espaces d'accueil dits alternatifs ont pour la plupart été mis à disposition gratuitement par les collectivités, les espaces ressources santé ou encore en collaboration avec les partenaires par exemple.

**Le projet Asetis** a rénové une salle dédiée à des consultations correspondant au bureau de l'infirmière coordinatrice (espace d'environ 20m<sup>2</sup>) pour un montant de 8 000€.

**L'association Neuro Bretagne** loue un espace de consultation (3 000€) aujourd'hui insuffisant. Il est donc prévu un agrandissement pour la création d'un bureau de consultation supplémentaire, pour la réalisation d'ateliers d'autonomie, le café des aidants pour la rencontre et la formation de ces derniers.

### 2.2.2.6 Les surcoûts des temps de consultation

L'un des leviers de la mission relais comprend une phase initiale d'inclusion des patients dans le parcours de santé. Cette phase comprend toutes les démarches d'approche et de sensibilisation réalisées en amont, mais elle comprend également l'inclusion dans la patientèle d'un médecin traitant, et associée à cette étape, un temps de consultation plus long pour que ce dernier soit en mesure de faire connaissance avec la personne, et de prendre connaissance des différentes problématiques de santé qu'il est susceptible de présenter.

C'est un temps de consultation plus long qui s'impose au professionnel. On estime que l'inclusion de patients éloignés de la santé dans la patientèle d'un médecin traitant représente deux premières consultations d'une durée de 45 mn, soit 25 minutes de plus qu'une consultation « courante » qui dure entre 15 et 20 minutes. Pour une consultation à 25 €, cela représente 14 € de surcoût.

Surcoûts liés au temps de consultations sur les premiers pas de l'inclusion	
Variables	Valeurs
<b>Temps et coût de la consultation d'inclusion AAAS</b>	
Temps de consultation "courante" en mn	20
Temps supplémentaire en min	25
Proportion de temps consultation AAAS	56%
Coût consultation "ordinaire" en €	25 €
Coût total consultation AAAS	39 €
Surcoût à l'inclusion AAAS par consultation	14 €
Nb consultations « longues » à l'inclusion par patient	2
<b>Estimation de la population concernée</b>	
Taille de la population du bassin	20 000
Part de la population sans médecin traitant	13%
Nb de patients sans MT	3 000
Taux de recours MG	3,5
Potentiel de recours MG	10 500
Part de patients AAAS	15,0%
Nb de patients à inclure dans le parcours sur le bassin	390



Coût total de l'inclusion pour le bassin	
Coût total d'inclusion AAAS des patients	30 420 €
Surcoût consultations inclusion AAAS bassin	10 920 €
Surcoût en %	36%

Dans le contexte d'un bassin de vie de 20 000 habitants, qui représente l'échelle territoriale à laquelle est estimé le coût unitaire de la mission de relais, on peut considérer que 13 % de la population ne dispose pas de médecin traitant. Cette proportion est plus élevée que la moyenne nationale : elle est intermédiaire au regard de ce qu'elle est dans certains territoires urbains de type QPV ou ruraux plus éloignés de l'offre de soins. Pour rappel, en France, en moyenne, 11,4 % de personnes n'ont pas de médecin traitant. Dans les QPV cette proportion atteint facilement les 18 %.

Au sein de cette population sans médecins traitants, une partie seulement est en situation de renoncement aux soins, quelle qu'en soit la raison. On estime ainsi que 15 % des personnes sans médecin traitant sont susceptibles d'être concernées par un Accompagnement à l'Autonomie en Santé, soit près de 400 personnes au total sur les 20 000 habitants du territoire, soit un peu moins de 2 % de la population.

Si on considère que les temps allongés de consultation sont concentrés sur les deux premières consultations (connaissance, examens, prescriptions, et suivis, explications et stratégie de soins à l'issue des résultats) qui ont lieu dans l'année, au total, sur le bassin de 20 000 habitants, les surcoûts associés au temps allongé des **consultations « d'inclusion » sont estimés à près de 11 000 €.**

#### 2.2.2.7 Tableau de synthèse de l'estimation de la mission Relais- Accessibilité

Mission AAAS	Types de fonctions clefs	Estimation coût unitaire annuel	Unité
Mission relais - accessibilité	Poste de médiateur	44 100 €	Bassin 20 000 hab.
	Recours à l'interprétariat	35 140 €	Bassin 20 000 hab.
	Déplacements itinérance	4 500 €	Bassin 20 000 hab.
	Lieux d'accueil alternatifs	10 880 €	Bassin 20 000 hab.
	Travail en horaires décalés	-	En % de la masse salariale concernée
	Surcoût des consultations au temps d'inclusion	10 920 €	Bassin 20 000 hab.
	<b>Total mission</b>		<b>105 540 €</b>

Pour un bassin de 20 000 habitants, on estime que la mission relais-accessibilité représente un surcoût de 105 540 €, soit un peu plus de 5 € par an par habitant. Ce montant porte un modèle ambitieux d'AAAS sur cette mission relais : un temps de travail exclusif de médiation suffisant pour la continuité sur l'année de la fonction, l'accès à l'interprétariat sur un taux de recours conforme à la moyenne nationale, un temps d'inclusion du patient de près de 45 minutes, les coûts d'itinérance et de délocalisation des lieux de rencontre non exclusifs...



Les estimations des différentes fonctions clefs sont évidemment sensibles aux hypothèses formulées sur les variables de construction du modèle estimatif : les configurations géographiques, les tensions relatives sur l'immobilier ou le marché du travail, et surtout le profil social et économique déterminant dans le volume des populations visées par les démarches de relais pour l'accessibilité des parcours de soins et de santé ; tous ces facteurs feront sans aucun doute varier le montant effectif des surcoûts, dans une fourchette qui peut être comprise entre 10 et 15 %.

### 2.2.3 Les opérateurs et leurs modes de rémunération sur la mission « relais »

Cette mission « relais » servant l'accessibilité de la population aux services de santé, sociaux ou médico-sociaux de droit commun peut être opérée par différents opérateurs, selon des configurations territoriales.

Une grande diversité de porteurs potentiels pour cette mission de relais pour l'accessibilité, que l'on peut classer par grands types de statuts.

Mission	Type de porteurs	Exemples de porteurs	Mode de rémunération
Mission relais accessibilité	Associations	Samu social, Association de patients...	Subventions
	Établissements et Services sociaux et médico-sociaux	Équipe Mobile Médico-Sociale Précarité, LHSS, LAM, ACT, CATTP, GEM, CHRS, CADA	CPOM
	Établissements de Santé	Équipes mobiles santé précarité, Services de lutte contre les addictions (CAARUD ou CSAPA, PASS Hospitalières	MIG pour les établissements publics ou Privés non Lucratifs, CPOM
	Structure d'exercice de 1 <sup>er</sup> recours	MSP, Centres de Santé, Centres ou maisons de santé participatifs	Conventionnement sur le projet de santé
	Structure d'appui aux professionnels de santé	Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) CPTS	CPOM pour les DAC, ACI pour les CPTS
	Services des collectivités territoriales	CCAS ou CIAS, Maisons des solidarités, PMI, Missions locales...	Budget de fonctionnement des collectivités : possibilité d'être abondés dans le cadre de CLS ou CLSM

Le financement de la mission de relais peut donc passer par différents modes de rémunération existant, mais dont l'objet de mission relais sur l'accessibilité pour l'AAAS est encore rarement formalisé comme tel.

Le montant du financement des principales fonctions clefs de la mission Relais-Accessibilité doit être examiné au regard du fonctionnement propre des porteurs et des fonctions dont il peut déjà disposer dans son activité courante.



Il faut également noter que cette mission présentant par nature des services rendus « extravertis », les porteurs sont financés aussi pour assurer les niveaux d'intervention requis de certains partenaires avec lesquels ils sont appelés à nouer des conventions autour de l'une ou l'autre de la mise en œuvre des fonctions clefs.

Les financements pluriannuels de type CPOM sont adaptés pour ancrer les actions mises en place dans le temps, notamment sur les fonctions de médiation, dont la portée est conditionnée par la création de liens de confiance avec les communautés auxquelles elle s'adresse.

La mission de relais-accessibilité, lorsqu'elle est effective, conduit mécaniquement à une augmentation d'activité des services internes des porteurs et/ou de leurs partenaires. Cet effet n'est pas pris en compte dans les estimations des besoins de financement. Dans un contexte d'activité très tendue, il peut cependant y avoir une faible incitation pour les acteurs et/ou partenaires à engager des actions dont l'effet est d'augmenter encore les demandes de santé qui leur sont faites.

## 2.2.4 Principales sources de financement

### 2.2.4.1 PRAPS – Programmes Régionaux d'Accès aux Soins

Dans le tableau ci-dessous quelques exemples d'axes des Programmes régionaux dans lesquels s'inscrivent aisément les thématiques de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé

Région	Dates du PRAPS	Thématiques et structures d'AAAS financées
PACA	PRS 2018-2023 Cahier des charges 2022	Objectif 1 Améliorer l'efficacité et l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis pour éviter les ruptures de parcours Équipes mobiles, travail d'accueil et d'écoute « hors structures » Objectif 2 Renforcer/restaurer/développer les compétences psychosociales des publics concernés
Occitanie	Intégré au PRS 2018 - 2022	Développement des missions aller-vers des PASS Développement des EMPP Renforcement de la médiation...
Île-de-France	2018-2022	Objectif 1 – Développer l'accompagnement personnalisé des personnes démunies éloignées des soins, dont la déclinaison titre les fonctions clés du relais -médiation santé, interprétariat, aller-vers Objectif 2 – favoriser et renforcer l'accès aux soins des personnes démunies, avec notamment le repérage précoce, les PASS ambulatoires, et « l'empowerment » par la socialisation Objectif 3 – Inscrire les personnes dans un parcours, avec en particulier l'objectif d'une plus grande autonomie des personnes dans leur parcours ...



Pays de la Loire	2018-2022	<p>Le PRAPS est décliné par public cible. Pour les différents publics se trouvent des objectifs opérationnels renvoyant à l'autonomie : deux exemples parmi bien d'autres</p> <p><i>Capitaliser les enseignements et outils favorisant l'émergence des capacités des personnes en situation de précarité</i></p> <p><i>Développer une réflexion sur un dispositif mobile d'accompagnement de proximité adapté aux spécificités de chaque territoire, en capacité d'intervenir dans les hébergements pour demandeurs d'asile</i></p>
------------------	-----------	---

On voit dans ces quelques illustrations que la majorité des PRAPS portent des orientations dans lesquelles les actions d'accompagnement à l'autonomie sont tout à fait susceptibles de s'inscrire.

#### 2.2.4.2 La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion

[Stratégie Nationale de Lutter contre la Pauvreté](#), avec notamment les volets relatifs :

- au financement de centres et maisons de santé participatifs, dont le déploiement, la financement et la réglementation associés ont toutes les chances de se renforcer dans le cadre du plan national de lutte contre l'exclusion

- au renforcement de l'accès aux droits

Les départements sont positionnés en chefs de file des actions.

#### 2.2.4.3 Les Contrats Locaux de Santé

Les différents programmes de financement peuvent être croisés dans le cadre des Contrats locaux de santé fédérant plusieurs signataires.





## 2.3 LA MISSION DE PAIR-AIDANT ET/OU DE PATIENT EXPERT DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS DE SANTÉ

### 2.3.1 Caractéristiques de la mission et principales charges de la mission

#### La mission Pair-Aidance / patients experts dans l'accompagnement des parcours

*Les projets pilotes montrent que les modalités d'accompagnement peuvent être diverses. Le premier niveau de participation est la prise en compte des savoirs expérientiels des personnes accompagnées, et de leurs souhaits. Ainsi la proposition d'accompagnement est multiple, elle combine différentes formes d'interventions dans les murs et hors les murs, individuelles et collectives, en interne ou chez les partenaires. L'accompagnement peut être organisé en présentiel ou en distanciel. Il n'est jamais mis en œuvre par une seule personne, mais par une équipe pluridisciplinaire ou/et des partenaires. Le respect de la temporalité des personnes est un facteur clé de l'accompagnement. L'accompagnement s'appuie sur des nouveaux métiers comme les médiateurs de santé pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, comme les Référents parcours de Santé ou gestionnaire de cas pour les personnes présentant des maladies chroniques complexes et/ou en situation de handicap.*

Source Rapport d'évaluation Regards Santé – Atelier de l'Évaluation : rapport annuel 2022 – Évaluation nationale d'AAAS – Août 2022 p :131

La mission d'accompagnement des parcours de santé dans la perspective de l'autonomie en santé présente une démarche spécifique, qualifiée d'approche « multimodale », au sens où elle s'appuie sur différentes méthodes et pratiques susceptibles d'être combinées pour l'apprentissage d'une participation active du patient à son parcours de santé.

#### Trois principes distinguent l'accompagnement à l'autonomie en santé de l'accompagnement centré sur les besoins

- La volonté de placer les personnes dans une position d'actrices de leur parcours de santé. La première marche de l'apprentissage de l'autonomie, c'est la capacité de faire des choix, de décider. L'accompagnement à l'autonomie en santé doit donc permettre aux personnes accompagnées d'exercer cette capacité. L'analyse des besoins, faite par les professionnels, doit faire de la place à l'expression des attentes, souhaits, désirs, demandes des personnes accompagnées. Plus l'approche est multimodale, et plus est grande la possibilité pour la personne de tracer son chemin vers la santé. C'est tout l'enjeu de l'individualisation des projets d'accompagnement, incluant un plan personnalisé d'accompagnement vers l'autonomie.
- L'importance des actions collectives, entre pairs, en complémentarité avec le niveau individuel. Cette approche collective est actuellement peu utilisée dans les accompagnements médicosociaux.
- L'intervention de pairs-aidants, aux niveaux individuel et collectif, qui vient témoigner de l'importance des savoirs expérientiels, des échanges d'expérience et de pratiques.

Source Rapport d'évaluation Regards Santé – Atelier de l'Évaluation : rapport annuel 2022 – Évaluation nationale d'AAAS – Août 2022 p :131

On peut voir que l'approche multimodale dans l'accompagnement à l'autonomie en santé fait appel à un éventail de méthodes, leviers et outils possibles. Ces méthodes se combinent dans un suivi au long cours sur des périodes plus ou moins longues, très dépendantes des pathologies, situations et capacités variables des personnes accompagnées dans leur « apprentissage » de l'autonomie en santé.



Dans ces conditions, **6 principaux postes de charge** ont été identifiés pour cette mission :

- Poste de référent parcours santé, gestionnaire de cas ou coordinateur de parcours
- Temps de médecin coordinateur
- Interventions patients-experts
- Déplacements visite à domicile
- Organisation d'ateliers collectifs
- Temps de travail d'équipe : échanges de pratiques, revues de situations, appel aux expertises spécialisées

### 2.3.2 L'estimation des charges de la mission Pair-Aidance / patients experts dans l'accompagnement des parcours

La mission de pair-aidance patient expert dans l'accompagnement des parcours intervient au niveau du suivi individuel des parcours des personnes, et les charges associées sont estimées en fonction de la file active.

#### 2.3.2.1 Le référent de parcours

Les métiers de coordinateurs de parcours, référents de parcours, gestionnaires de cas sont des métiers nouveaux dont les référentiels s'écrivent encore aujourd'hui. L'estimation des coûts associés à ces postes ne peut aujourd'hui pas clairement s'appuyer sur des classements stabilisés dans les conventions collectives.

Le niveau de rémunération a été déduit de différents budgets de structures d'appui à la coordination, et d'autres données documentaires : il s'établit à 3 000 € brut mensuel, sur un profil qui n'est ni pas débutant ni très expérimenté.

<b>Estimation du coût du référent parcours</b>	
<b>Salaire mensuel net</b>	2 400 €
<b>Charges salariales</b>	25%
<b>Salaire mensuel brut</b>	3 000 €
<b>Charges patronales</b>	40%
<b>Coût mensuel total employeur</b>	4 200 €
<b>File active par ETP</b>	55
<b>Nb ETP</b>	1,8
<b>Coût annuel</b>	91 636 €

Les charges sociales et patronales ont été calculées à partir du simulateur de l'URSAFF, sans autres spécifications sur le statut du salarié.

La file active des référents parcours est sans doute l'une des variables les plus délicates à apprécier pour ce type de poste. Elle fait, l'objet de très nombreux échanges dans le cadre des dialogues de gestion des structures d'appui. Nous avons fait le choix de retenir un intermédiaire entre deux seuils courants :

- D'un côté, les référentiels cités par la CPAM pour la file active de référents parcours dans le cadre du financement de dispositifs innovants Article 51 : ils sont établis selon les profils entre 60 patients (psychotiques sévères sans logement) et 80. Ce sont des normes hautes.
- De l'autre côté, les Gestionnaires de cas des ex-MAIA, devenus référents parcours des DAC avec lesquels elles ont fusionné, avaient des référentiels à 40 patients / an.



Ainsi, l'estimation a retenu une moyenne de 55 personnes à l'année pour un ETP de référent parcours centré sur la coordination.

On estime donc qu'il faut 1,8 ETP pour une file active de 100 personnes. À noter que plus loin (section 222.4), un temps supplémentaire est inclus sur les réunions pluriprofessionnelles.

#### Focus projet AAAS



Le **projet AFM Réunion** a dédié **0.4 ETP** au poste de référent parcours et le **projet AFM Normandie** a fait appel à des référents parcours au cours de l'expérimentation. Un référent parcours santé, dédié au projet correspondant à 1 ETP et 5 autres référents parcours santé pour un total de 0,8 ETP soit **1.8 ETP** au total pour un coût total de 636 644€ pour une durée de 5 ans, soit 70 738€ /an pour 1 ETP.

#### 2.3.2.2 Le médecin coordinateur

Le niveau de rémunération d'un médecin coordinateur est estimé à 5 k€ bruts mensuels. On estime par ailleurs qu'il est raisonnable de considérer que le médecin coordinateur consacre une heure et demie à l'année par patient pour participer à l'organisation de son parcours de santé. Ainsi, pour une file active de 100 personnes, l'estimation des coûts associés au médecin coordinateur est basée sur 0,1 ETP de médecin.

Estimation du coût du médecin coordinateur	
<b>Salaire mensuel net</b>	4 000 €
<b>Charges salariales</b>	25%
<b>Salaire mensuel brut</b>	5 000 €
<b>Charges patronales</b>	43%
<b>Coût mensuel total employeur</b>	7 160 €
<b>Nb ETP</b>	0,1
<b>Coût annuel</b>	8 592 €

#### Focus projet AAAS



Le projet du **pôle de santé de Chambéry** ainsi que le **projet Asetis** ont mobilisé un médecin coordinateur à hauteur de 0,1 ETP dans chaque projet.

Le projet Asetis a alloué un budget de 52 429€ pour l'équipe de coordination représentant 1,15 ETP, soit une enveloppe dédiée pour le médecin coordinateur de 4 559€ pour 5 ans (0,1 ETP).

#### 2.3.2.3 L'estimation des déplacements et visites à domicile

Dans le cadre de l'approche multimodale de l'accompagnement à l'autonomie en santé, la pair-aidance a vocation à se dérouler aussi au domicile des patients, comprendre son mode de vie étant essentiel pour la démarche adoptée.

L'estimation des coûts de déplacements associés à cette fonction clef des visites à domicile est résumée dans le tableau suivant.



<b>Estimation des coûts de déplacements pour les visites à domicile</b>	
<b>File Active</b>	100
<b>Nb patients concernés par les VAD</b>	60
<b>Fréquence mensuelle visite</b>	1
<b>Nb mois dans l'année</b>	10
<b>Km moyen par visite</b>	25
<b>Nb Km moyen à l'année</b>	15 000
<b>Coûts kilométriques à l'année</b>	6 107 €
<b>Taxe sur véhicules</b>	1 400 €
<b>Nb de véhicules</b>	2
<b>Taxe sur la flotte de véhicules</b>	2 800 €
<b>Total coût déplacements</b>	8 907 €

On considère que sur la file active de 100 personnes, 60 d'entre elles requièrent un déplacement à domicile pour en assurer le suivi, avec une fréquence moyenne d'une visite mensuelle sur 10 mois dans l'année. La moyenne de 25 km par visite équivaut à un déplacement sur un rayon de 12 km, sans doute plutôt collé à un modèle en milieu urbain.

Les coûts kilométriques sont calculés à partir des [barèmes kilométriques de l'administration fiscale](#) pour les indemnités de déplacement, sur un véhicule de 4CV.

L'hypothèse est que la structure porteuse met à disposition deux véhicules.

Au total, les coûts de déplacement pour le suivi à domicile s'élèvent à **près de 9000 €**.

#### 2.3.2.4 Organisation de la participation par des Ateliers collectifs

Les ateliers collectifs sont un des leviers mobilisés pour l'Accompagnement des parcours et de l'autonomie en santé.

L'estimation s'appuie sur des hypothèses résumées dans le tableau ci-dessous.

Pour l'estimation, on a supposé qu'un atelier participatif en santé suit un schéma général d'organisation comprenant 7 séances de 2H et demie, réparties sur l'année, soit une fréquence moyenne d'environ une séance tous les mois et demi.

Chaque atelier est animé par un formateur intervenant, dont le coût s'établit à 40 € de l'heure, soit une rémunération nette en équivalent salarié de 3 000 € mensuel. L'intervenant consacre en tout 35 H de préparation par atelier, comprenant la conception, l'animation et le suivi des 7 séances de l'atelier.

Par ailleurs, un **patient expert** accompagne les ateliers sur deux séances, et est indemnisé pour cette participation à hauteur de 30 € de l'heure. L'indemnisation couvre le temps passé aux séances majoré d'une heure de préparation.



Focus Patients-  
experts

Les activités des patients-experts et des pairs-aidants (retour d'expérience, formateur, etc.) sont réalisées majoritairement bénévolement interrogeant ainsi leur professionnalisation et leur financement.

Pour pallier le manque de reconnaissance de leur expertise et leur valeur économique, certains s'orientent vers les formations diplômantes de type diplôme universitaire (DU). Il est possible pour tout employeur de financer cette formation pour les patients experts avec lequel ils collaborent. À titre d'exemple, le **DU Démocratie en santé** de l'université Paris Sorbonne s'élève à 1670€ de frais de formation pour l'employeur. Avec pour objectif la formation des soignants par ces patients experts formateurs, des Master Class existent également. Le **DU Pair-aidance croisée : théories et pratiques** de l'université de Tour (coût employeur de 1500€) vise également à professionnaliser les pratiques de pair-aidance contribuant ainsi à leur reconnaissance et à leur institutionnalisation.

La professionnalisation de l'activité du patient expert permet de poser comme hypothèse de prestation à l'heure, un montant moyen de 30€.

Il y a en moyenne 8 participants par atelier. Pour une file active de 100 personnes, qui toutes auraient une chance de s'inscrire dans une démarche d'atelier collectif, il est nécessaire d'organiser 13 ateliers sur l'année.

En l'absence d'hypothèse sur les conditions d'accueil des porteurs, on a supposé ici que chaque séance donnait lieu à la location d'un local adapté. Le prix de la location est estimé à 40 € de l'heure, soit un total de 9 100 € à l'année.

Enfin, l'organisation logistique de chaque séance d'atelier requiert 2H et demi de temps de secrétariat : (gestion des intervenants, des locaux, des invitations et rappels...). Pour les 13 ateliers annuels, cela représente 0,1 ETP de secrétariat, à 1700 € bruts mensuels, soit un total à l'année pour l'organisation logistique de 2 652 €.

Estimation des ateliers collectifs	
Variables	Valeurs
<b>Format des ateliers</b>	
Durée d'une séance (en H)	2,5
Nb de séances par atelier	7
Durée totale moyenne d'un atelier (en H)	17,5
<b>Rémunération des intervenants par atelier</b>	
Temps des Intervenants par séance (en H)	5
Temps des patients experts (en H)	3,5
Tps des intervenants par atelier (en H)	35
Tps des patients experts par atelier (en H)	16
Coût de l'intervenant à l'heure (en €)	40 €
Coût d'indemnisation du patient expert à l'heure (en €)	30 €
Coût de l'intervenant par atelier (en €)	1400 €
Coût d'indemnisation du patient expert par atelier (en €)	480 €



Nombre d'ateliers	
Nombre de participants par atelier	8
File active	100
Nb d'ateliers pour une file active de 100 personnes	13
Coût total des intervenants aux ateliers	
Coût total intervenant à l'année	18 200 €
Coût total patient expert à l'année	6 240 €
Coût total des intervenants aux ateliers	24 440 €
Location des lieux des ateliers	
Coût horaire location (en €)	40 €
Coût total locations d'espaces ateliers	9 100 €
Gestions administratives et logistiques	
Temps annuel de secrétariat par atelier (en H)	182
En ETP	0,1
Coût de secrétariat	2 652 €
<b>Total Atelier file active 100 personnes</b>	<b>36 192 €</b>

Au total, l'organisation de 13 ateliers collectifs de 7 séances permettant à 100 personnes de participer sur l'année représente un coût estimé à près de 36 200 €.

À noter qu'un quart de ce coût tient à la location d'espaces, de sorte que les mutualisations sur ce poste sont sources d'économies significatives pour les porteurs. Ainsi, la recherche d'arrangements sur ce volet d'espaces d'accueil permet à nombre d'entre eux d'assurer cette fonction clef pour un coût n'excédant guère les 25 000 €.

#### Focus projet AAAS



- **Pôle de santé de Chambéry** : un animateur de groupe pour 0,1 ETP et un usager participant pour 0,1 ETP.
- **IREPS Bourgogne Franche-Comté, Angata** : une chargée d'animation dont sa charge est estimée à 1 ETP d'un montant global sur 5 ans de l'équipe entière (2,5 ETP) de 200 578€ soit un coût de 16 046€/ETP/an
- **Aides Guyane, TAKARI** : 2 ETP d'animateur-riche
- **Alliance Maladie Rares, compagnons Maladies Rares** : 7 ETP de pairs-aidants pour 82 064€ pour 5 ans soit 16 412€ alloué par an à l'intervention d'accompagnant.
- **Aides NA** : 3 animateurs.rices pour 2,42 ETP pour un budget de 356 439€ pour 5 ans soit 29 458€ / an / ETP.
- **Solidarité réhabilitation, CoFor** : 8 facilitateurs « réguliers » en charge de l'animation des modules pour 0,5 ETP et 12 facilitateurs « intervenants ponctuels » pour 0,5 ETP

Il est important de mentionner que dans la plupart des projets, l'intervention de patients-experts est réalisée à titre bénévole, seul le temps d'intervention est parfois rémunéré.



### 2.3.2.5 Réunions pluriprofessionnelles

Le rapport d'évaluation fait état de l'importance de réunions pluriprofessionnelles et d'échanges de pratiques. On distingue usuellement deux types de réunions :

- Les réunions pluriprofessionnelles d'examen de parcours et de situations de personnes, de « revues cliniques »
- Les réunions pluriprofessionnelles d'échanges de pratiques, d'interconnaissances et de concertation pour la mise en place de solutions pérennes aux difficultés de parcours rencontrées sur le territoire

Dans cette mission d'accompagnement, nous détaillons les coûts du premier type de réunions « cliniques ». Le second type relevant de la concertation sera chiffré dans l'estimation de la mission de coordination territoriale.

Estimation des réunions "cliniques" de revues de cas	
Variables	Valeurs
<b>Composition des réunions pluriprofessionnelles</b>	
<b>Nb de professionnels mobilisés (nb)</b>	8
<b>Médecins (nb)</b>	1
<b>Ref parcours (nb)</b>	1
<b>IDEL (nb)</b>	2
<b>AS (nb)</b>	2
<b>Autre pro (psycho, SF, Ortho, ergo...) (nb)</b>	2
<b>Rémunération de la participation aux réunions pluriprofessionnelles</b>	
<b>Coût horaire médecin (en €)</b>	100 €
<b>Coût horaire ref parcours (en €)</b>	39 €
<b>Coût horaire IDEL (en €)</b>	34 €
<b>Coût horaire AS (en €)</b>	24 €
<b>Coût horaire "Autres professionnels" (en €)</b>	38 €
<b>Fréquence et durée des réunions pluriprofessionnelles</b>	
<b>Nb réunions annuelles (en nb)</b>	20
<b>Temps de réunions (en H)</b>	2
<b>Temps annuel mobilisé par professionnel (en H)</b>	40
<b>Coût total annuel des réunions pluriprofessionnelles</b>	
<b>Coût Réunion pluri pro médecin (en €)</b>	4 000 €
<b>Coût Réunion pluri pro ref parcours (en €)</b>	1 565 €
<b>Coût Réunion pluri pro IDEL (en e)</b>	2 720 €
<b>Coût Réunion pluri pro AS (en €)</b>	1 920 €
<b>Coût Réunion pluri pro pour les autres professionnels (en €)</b>	3 040 €
<b>Total réunions pluri-pro annuelles</b>	<b>13 245 €</b>



Pour cette estimation, on considère que les réunions pluriprofessionnelles parviennent à mettre autour de la table 1 médecin, 1 référent parcours, 2 infirmiers.res, 2 assistantes sociales, et deux autres professionnels de santé (psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute...).

Les professionnels sont rémunérés sur leur temps de participation à la réunion, avec un taux horaire déterminé selon les professionnels :

- Soit sur le calcul du coût total employeur d'un ETP salarié rapporté à l'heure (pour le référent parcours et l'assistante sociale) ;
- Soit sur l'indemnisation de l'activité, en prenant comme base le modèle de l'indemnisation des temps de formation professionnelle continue (pour les IDEL et les autres professionnels de santé) ;
- Soit sur l'indemnisation des consultations non réalisées pour les médecins, à l'hypothèse de 4 consultations à 25 € par heure, soit 100 € par heure.

Dans ce modèle d'estimation, chaque réunion de « revues de situation » est supposée durer deux heures, et avoir lieu tous les quinze jours en moyenne sur 10 mois dans l'année, soit un total de mobilisation de 40H annuelles par professionnel.

Dans ces conditions, les **réunions pluriprofessionnelles représentent un total de 13 345 €** sur l'année, soit 662 € par réunion pour l'indemnisation des professionnels participants. Pour une file active de 100 personnes, on a un montant de suivi pluriprofessionnel annuel du parcours de santé de 132 €.

L'exemple des RCP dans les MSP



Lors de réunions pluriprofessionnelles au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle, les professionnels de santé peuvent s'attribuer une rémunération en contrepartie du temps passé en réunion de coordination pluriprofessionnelle (RCP). Cette décision, prise collégalement, permet une rémunération qui se veut pour la majorité des équipes, identique, à tous les professionnels, quelle que soit leur profession de 50 à 100€ / heure par professionnel.

### 2.3.2.6 Le coût total de la mission accompagnement des parcours pour l'autonomie en santé

Les charges estimées pour la mission d'accompagnement de pair-aidance pour l'autonomie en santé sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

Mission	Charges	Estimation coût unitaire	Unité
Mission Accompagnement pair aidant / patient expert	Temps de médecin coordinateur	8 592 €	File active 100 PA
	Référents parcours	91 636 €	File active 100 PA
	Interventions patients-experts		File active 100 PA
	Déplacements visites à domicile	8 907 €	File active 100 PA
	Organisation d'ateliers collectifs	36 192 €	File active 100 PA
	Temps de travail d'équipe : échanges de pratiques, revues de situations, appel aux expertises spécialisées	13 245 €	File active 100 PA
	<b>Total mission accompagnement Pair Aidant / patient expert</b>		<b>158 573 €</b>





Pour une file active de 100 personnes accompagnées, on estime ainsi à près **de 160 k€** le montant des charges pour organiser toutes les modalités d'accompagnement qui ont été considérées dans le rapport d'évaluation comme des fonctions clefs pour le renforcement de l'autonomie en santé.

Ainsi, le suivi à l'année d'une personne représente un peu moins de 1600 €.

Ce coût global pour la mission pair-aidance et patient-expert dans l'accompagnement des parcours admet sans doute des ajustements possibles autour de plusieurs postes et selon les porteurs :

- La location de lieux pour les ateliers, qui pourrait bénéficier de mutualisation et de contribution partenariale
- Le temps de médecin coordinateur. On peut penser que si un médecin coordinateur est salarié à 0,1 ETP dans la structure porteur, il est en mesure de participer au suivi des réunions pluriprofessionnelles, en lien avec et pour les médecins traitants des personnes accompagnées. Dans ces conditions, 4 000 € peuvent être économisés sur les réunions pluriprofessionnelles.
- Enfin, le patient expert. Il était important d'afficher le poste de Patient Expert dans ce modèle économique. Les débats sur la rémunération des patients experts sont en cours, et dans le modèle économique estimé, ce dernier n'est pas indemnisé pour sa présence générale à proximité du dispositif d'AAAS et des patients concernés. En revanche, il est indemnisé pour sa participation aux Ateliers, lorsqu'il intervient en séance aux côtés du formateur santé.

### 2.3.3 Les modes de rémunérations des opérateurs

L'autonomie en santé dans l'accompagnement des parcours s'appuie sur des opérateurs existants :

- Les MSP, qui n'ont cependant que rarement développé une approche d'autonomie à la santé, comme entendu dans les expérimentations, mais disposent d'atouts pour le faire
- Les Centres de Santé participatifs ou communautaires dont le modèle économique est en cours d'expérimentation (Article 51)
- Les DAC, qui sont sans doute les plus proches de cette approche et sont supposés à terme couvrir l'ensemble des pathologies et situations que les professionnels ne peuvent plus suivre au quotidien
- Les MDA pour la santé mentale
- Les communautés 360 pour les situations de handicap
- Les programmes d'ETP, susceptibles d'accueillir des ateliers collectifs



Mission	Type de porteurs	Exemples de porteurs	Mode de rémunération
Mission pair-aidance de l' AAAS	Associations	Association de patients, CLIC	Subventions
	Établissements et Services sociaux et médico-sociaux	Équipe Mobile Médico-Sociale Précarité, CATTP, GEM, PCPE	CPOM
	Établissements de Santé	Équipes mobiles santé mentale ou gériatrie, EPSM, Filières spécialisées, Services sociaux hospitaliers (PASS Hospitalières)	MIG pour les établissements publics ou Privés non Lucratifs, CPOM
	Structure d'exercice de 1 <sup>er</sup> recours	MSP, Centres de Santé, Centres ou maisons de santé participatifs	Conventionnement sur le projet de santé
	Structure d'appui aux professionnels de santé	Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) Communautés 360°, MDA	CPOM
	Services des collectivités territoriales	MDPH, MDS	Budgets de fonctionnement

### 2.3.4 Les principales sources de financement

Cette mission peut être financée sur l'ensemble des budgets favorisant les parcours de santé.

- Fonds d'Intervention Régionale
- Schémas départementaux (autonomie, insertion, famille)
- Financement ACI des CPTS et/ou de MSP sur des parcours du projet de santé
- Financement Parcours de Santé Mentale (PTSM)



## 2.4 LA MISSION DE COORDINATION TERRITORIALE POUR AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT DES PARCOURS

### 2.4.1 Caractéristiques de la mission et principales charges de sa mise en œuvre

#### L'action sur l'environnement

« Les projets-pilotes qui montrent des effets probants agissent sur l'environnement à travers les partenariats et/ou par des actions de plaidoyers, c'est une des spécificités de l'AAAS. Les intervenants de proximité avec les publics peuvent repérer les freins à l'accès aux soins et aux droits, des points de rupture avec les parcours. Les porteurs des projets pilotes d'AAAS partagent ces observations avec les partenaires, et tentent de trouver des solutions avec les acteurs du parcours pour faciliter une prise en charge adaptée aux souhaits des personnes accompagnées. Au niveau du périmètre du projet pilote, des aménagements des autres dispositifs peuvent être proposés comme les modifications d'horaire, la participation d'un tiers facilitateur... La mission de coordination territoriale permet d'accompagner les partenariats, d'identifier des leviers avec les partenaires des parcours et institutionnels à l'échelon du territoire du projet. L'autre levier pour les porteurs pour agir sur l'environnement est le plaidoyer au niveau national pour obtenir des aménagements réglementaires du droit commun pour des points de blocages récurrents. Les partenaires institutionnels jouent un rôle central, d'une part pour lever les points de blocage sur les territoires, d'autre part pour la transformation du système, ce volet sera traité dans une partie spécifique. »

Source Rapport d'évaluation Regards Santé – Atelier de l'Évaluation : rapport annuel 2022 – Évaluation nationale d'AAAS – Août 2022 p :131

La mission de coordination territoriale représente un levier d'action sur l'environnement favorable à l'accompagnement en autonomie à la santé.

L'action sur l'environnement se joue à plusieurs niveaux, selon les transformations visées et les échelles décisionnelles. Elles peuvent être :

- Locales, pour l'aménagement de solutions d'adaptation de l'organisation et/ou des pratiques des acteurs intervenant dans les parcours d'autonomie en santé ;
- Départementales ou régionales, pour ce qui concerne l'orientation des politiques programmatiques d'équipements ou d'allocations des ressources
- Nationales, pour ce qui est règlementaire et législatif

L'action sur l'environnement s'appuie sur différentes fonctions clefs :

- La défense des intérêts et/ou l'alerte sur la situation d'un groupe de personnes pour lequel on plaide la nécessité d'agir
- La coordination territoriale, qui favorise par la concertation entre les différents acteurs dans les champs sanitaire, social et médicosocial, la transformation de l'offre et le déploiement de solutions qui en facilitent l'accessibilité et adaptent les réponses proposées
- La formation, mutualisation et échanges d'expériences, pour favoriser les changements de pratiques et de posture des acteurs laissant plus de place à l'autonomie des personnes et usagers



Dans cette perspective, plusieurs postes de charges sont identifiés pour la mission d'action sur l'environnement en faveur de l'autonomie en santé :

- Temps de direction et/ou de coordination territoriale pour la participation active aux instances de concertation stratégiques
- Dépenses de communication et d'information pour sur la construction des « plaidoyers » et des « alertes »
- Formations dédiées pour favoriser la participation active des usagers du système de santé
- Animation de groupes de travail

Il faut noter qu'il est difficile de distinguer les surcoûts sur certaines de ces fonctions clés portant sur des instances transversales de gouvernance des politiques de santé et de l'autonomie.

On note cependant que dans le droit commun, le temps de mobilisation des acteurs sur la concertation stratégique et partenariale, est un tout généralement compris dans le financement des postes de direction. Le financement de la « coordination territoriale » identifiée comme telle permet de mieux délimiter des temps de concertation qui s'avèrent importants dans l'AAAS.

Enfin, l'échelle d'intervention de la coordination territoriale est plutôt départementale.

## 2.4.2 L'estimation des charges de la coordination territoriale favorable à l'action sur l'environnement de parcours

### 2.4.2.1 Les charges de coordinateur de santé

Les métiers de coordinateurs territoriaux en santé sont encore mal définis. Les attendus attribués aux postes sont ambitieux, en termes de gestion de projet, de capacités relationnelles ou encore de connaissance des champs d'organisation des acteurs de la santé. Cependant, les salaires sont encore très variables, selon les employeurs, mais au sein même d'une catégorie d'employeur.

L'estimation proposée s'appuie sur des budgets recueillis pour des postes équivalents, tels que des pilotes des ex-MAIA, des coordinateurs de santé des CPTS, ou encore des animateurs de CLS. Elle propose une moyenne de ces différents postes.

Estimation du poste coordinateur territorial en santé	
Variable	Valeurs
<b>Salaire mensuel net</b>	2 800 €
<b>Charges salariales</b>	25%
<b>Salaire mensuel brut</b>	3 500 €
<b>Charges patronales</b>	40%
<b>Coût mensuel total employeur</b>	4 900 €
<b>Nb ETP</b>	1
<b>Coût annuel</b>	58 800 €

La détermination du nombre d'ETP n'est pas aisée. Là encore, l'expérience des pilotes MAIA est sans doute la plus avancée et la plus complète sur ce type de fonction.

On suppose ici qu'un coordinateur territorial à temps plein peut animer un territoire comprenant entre 150 000 et 300 000 habitants, selon la densité de professionnels et d'acteurs de la santé sur le territoire.



### Focus coordination CPTS



Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) font appel à des coordinateurs capables d'animer un réseau de professionnels de santé ainsi que la mise en place de partenariats entre les professionnels de santé libéraux et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales à l'échelle d'un territoire de santé. Quatre tailles existent (de 1 à 4) pour les CPTS en fonction de la population couverte. Les besoins de coordination sont donc fonction de la taille de la CPTS. Le salaire d'un coordonnateur de CPTS est estimé à environ 40 000€ brut chargé.

Les besoins en ETP sont estimés entre 0.2 et 0.5 ETP pour les CPTS de taille 1 (<40 000 hab.) et 2 (entre 40 et 80 000 hab.) et 4 (>175 000 hab.).

#### 2.4.2.2 La communication

La communication est un levier d'action important, notamment à raccrocher au « plaidoyer » qui s'exerce auprès des décideurs pour améliorer l'accès aux services de soins et de santé. L'élaboration d'un plaidoyer requiert :

- D'un côté de bien connaître, et donc de recueillir et d'analyser les informations sur les parcours, les difficultés et les risques qui pèsent sur la santé de certains groupes de personnes et de recueillir les solutions proposées par les usagers et les acteurs ; ce travail de spécialiste requiert un.e chargé.e de plaidoyer expérimenté.e.
- De l'autre côté de faire connaître, d'alerter, d'illustrer les situations critiques, et de mobiliser les acteurs et tous les relais de communication pour faire entendre. On fait donc l'hypothèse qu'il est nécessaire de mettre en place une stratégie de communication ciblée via différents canaux (campagne, mailing, réseaux sociaux, etc. pour atteindre un maximum de personne.

On considère ainsi qu'en plus du travail d'observation et d'analyse mené par le coordinateur territorial, la communication représente un budget à prendre en compte dans ce volet d'action sur l'environnement.

#### Le chargé de plaidoyer :

On suppose la réalisation de deux campagnes annuelles de communication dont le temps de préparation nécessaire à la réalisation des différents éléments mentionnés ci-dessus est estimé à 30 jours, soit 60 jours par an sur 302 jours ouvrés en moyenne correspondant à un besoin de **0,2 ETP**.

Le salaire moyen d'un chargé de plaidoyer se situe entre 2400 et 2900€ brut annuel. L'hypothèse ici fait appel à un profil expérimenté, pour tenir ce rôle d'expertise, mais aussi jouer la transmission et être en mesure d'inclure les personnes accompagnées dans la construction du plaidoyer, et enfin savoir adapter le contenu aux spécificités des canaux de communication choisis pour leur diffusion. La fourchette haute avec un salaire moyen de 2900€ brut annuel a donc été retenue.

Le coût total employeur annuel pour **0.2 ETP s'élève à 9 679€**.

#### La diffusion du contenu :

Le coût lié à la création d'un site internet basique de type WordPress par une personne spécialisée, son hébergement annuel et sa maintenance est d'environ **1 100€ / an**.

L'hypothèse posée concernant la diffusion du contenu se fait par deux canaux dont les objectifs sont distincts. La campagne de mailing va permettre de cibler des personnes plus sensibles à un contenu plus long, plus étayé et une possibilité d'inscription à une newsletter. Un processus d'évaluation du taux d'ouverture pourra être effectué par exemple à l'issue de la campagne. La diffusion de contenu



sur les réseaux vient en complément d'une campagne de mailing pour assurer une diffusion de la campagne à une autre catégorie de la population.

L'hypothèse ici est l'articulation avec 3 réseaux majeurs d'information, un canal dit d'information (Twitter), un canal de communication professionnel (LinkedIn) et un canal d'accès à une information sous un format visuel (Instagram). Pour chaque réseau, l'hypothèse posée est d'atteindre les 100 000 impressions (soit vue) pour chaque canal. Le coût pour 1 000 impressions est dépendant de chaque réseau, soit 5.52€, 6.67€ et 8.01€ respectivement pour Twitter, LinkedIn et Instagram. Le budget publicitaire total par campagne s'élève à 2020€ soit **4 040€ annuel**.

Ce budget est évalué à **15 000 €**, susceptible de comprendre, la tenue d'un site d'information, la veille des réseaux sociaux, les stratégies de publications et d'interventions publiques...

#### 2.4.2.3 La formation dédiée à l'Autonomie en santé

Un puissant levier d'action sur l'environnement mentionné dans le rapport d'évaluation des expérimentations réside dans la formation des professionnels à la démarche de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé, avec l'ensemble des démarches, outils et changements de posture professionnelle que cela suppose.

On estime qu'un budget annuel de **25 000 €** peut être utilement alloué pour cette fonction clef. Il permettrait de former une cinquantaine de professionnels par an sur un territoire.

Estimation Formation dédiée Autonomie en Santé	
Objectif d'effectifs annuels à former	50
Coût individuel de la formation	500 €
<b>Total budget annuel de formation</b>	<b>25 000 €</b>

#### 2.4.2.4 L'animation de la concertation territoriale

Enfin le coordinateur de parcours anime la concertation territoriale par la constitution de groupes de travail, d'échanges thématiques ou par publics, autour desquels il facilite l'interconnaissance, et l'émergence de solutions entre les acteurs locaux pour faciliter les parcours et l'accès à la santé.

On suppose dans le modèle d'estimation résumé ci-dessous que la concertation territoriale se déroule sur 4 infra-territoires du département, et s'organise à raison de 3 thématiques annuelles traitées sur 3 réunions de professionnels et de professionnels et d'usagers.

Sur la cible d'une quinzaine de participants actifs, on suppose que 5 professionnels de santé doivent être indemnisés pour pouvoir participer à ces réunions de concertation, à hauteur d'une moyenne de 90 € par réunion.



Estimation des coûts de la concertation locale	
Variables	Valeurs
<b>Nombre de réunions de concertation</b>	
Nb d'infra-territoires	4
Nb de groupes thématiques par an	3
Nb réunions par groupe	3
Nb annuel de réunions de concertation	36
<b>Indemnisation des professionnels participants</b>	
Nb participants par groupe	15
Nb de participants indemnisés	5
Montants moyens d'indemnisation	90 €
Indemnisations des professionnels	3 240 €
<b>Logistique d'organisation</b>	
Location de salles	0 €
Temps d'organisation par réunion (en H)	1
Taux horaire secrétariat	17 €
Coût organisation logistique	612 €
<b>Total</b>	<b>2 232 €</b>

Cette concertation locale est supposée se dérouler dans les locaux mis à disposition de l'un ou l'autre des partenaires participants, n'engageant pas de frais supplémentaires pour leur tenue, en dehors des temps de secrétariat (1H par réunion) pour s'assurer de leur bon déroulé.

Dans ces conditions, le budget annuel de la concertation territoriale est estimé à 2 232 €, le temps du coordinateur territorial dédié à leur animation étant comptabilisé « à part », dans un poste dédié à hauteur d'un ETP.

#### 2.4.2.5 Le coût total de la mission coordination territoriale pour l'action sur l'environnement en faveur de l'Autonomie en santé

Au total, on estime que la coordination territoriale présente un coût annuel d'un peu plus de 102 K€, comprenant un poste dédié, des outils de communication, programmes de formation ou encore animation de la concertation territoriale.

Mission	Poste de charges	Estimation du coût unitaire	Unité
Mission de coordination territoriale pour la transformation de l'environnement	Poste de coordination territoriale	58 800 €	Département
	Communication	15 000 €	Département
	Formations dédiées AAAS	25 000 €	Département
	Concertation territoriale	3 852 €	Département
	<b>Total mission coordination territoriale</b>	<b>102 652 €</b>	<b>Département</b>



Près de 60 % de ce coût est affecté à l'emploi d'un salarié coordinateur territorial, un quart à la formation dédiée aux professionnels de santé. On peut considérer que le temps du coordinateur de parcours est affecté pour moitié à la concertation territoriale, en proximité des acteurs, et pour moitié à la communication et formation. Dans cette approche analytique, les trois fonctions clefs sont proches du point de vue des montants de ressources qu'elles mobilisent respectivement.

### 2.4.3 Les modes de rémunération des opérateurs

Le financement de la mission de coordination territoriale des acteurs porteurs d'actions en faveur de l'AAAS nécessite :

- D'abonder des fonctions support transversales des éventuels opérateurs :
  - o Temps de direction / coordination territoriale / stratégie partenariat...
  - o Étude observation et communication
- De renforcer et orienter sur les approches promues les capacités de formations professionnelles continues :
  - o En interne pour les techniques d'animation de groupe de travail des membres rattachés à l'opérateur
  - o Au près des professionnels du territoire (via les OPCO ou appui sur les acteurs du territoire)

Cette mission de coordination territoriale est portée par une multitude d'acteurs dans le cadre de leur stratégie de positionnement partenarial. Elle ne vise cependant pas toujours l'objectif spécifique de l'autonomie en santé, mais plutôt celui de transformer l'environnement pour faciliter les conditions d'exercice et de fonctionnement des services, établissements et structures. Dès lors, si elle ne fait pas l'objet d'un objectif d'autonomie en santé clairement défini, cette mission de coordination territoriale est potentiellement portée par tous et par personne, ou encore par tous et pour chacun des publics bénéficiaires.

Mission	Type de porteurs	Exemples de porteurs	Mode de rémunération
Mission coordination territoriale pour l'action sur l'environnement en faveur	Associations	Association de patients	Subventions et cotisations
	Établissements et Services sociaux et médico-sociaux	Fédération d'établissements	Cotisations adhérents
	Établissements de Santé	Fédération d'établissements	Cotisations adhérents
	Structure d'exercice de 1 <sup>er</sup> recours	Centres ou maisons de santé participatifs, CPTS	Conventionnement sur le projet de santé





	Structure d'appui aux professionnels de santé	Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) Communautés 360°, MDA	CPOM
	Collectivités territoriales	CLS, CLSM	Contractualisation pour la coordination de politiques publiques

La mission d'action sur l'environnement par la coordination territoriale est une mission diffuse que portent à différents titres de nombreux acteurs dans les champs de la santé et du médicosocial. Pour porter dans leurs actions de coordination territoriale les objectifs relatifs à l'autonomie en santé, il semble nécessaire de s'appuyer sur des structures fédératrices d'un grand nombre d'acteurs, neutres ou polyvalentes du point de vue des publics visés, outillées pour l'observation et la communication à une échelle plus large, représentées dans les instances de gouvernance stratégique plus institutionnelle. Dans cette perspective, les fédérations ou groupements d'établissements ou de services, les réseaux polyvalents et structures d'appui à la coordination, et les dispositifs de types de contrats ou conseil à disposition des collectivités tels que les CLS ou CLSM sont sans doute ses outils adaptés pour porter cette mission.

#### 2.4.4 Les principales sources de financement

Financement des instances de gouvernance et de concertation

- Budget des CRSA, selon les ARS budgets alloués au fonctionnement de l'instance et de ses commissions ou budgets pris sur le fonctionnement de l'ARS. Les budgets des CRSA sont en général très limités.
- Comités départementaux du Citoyen et de l'Autonomie
- Mission 3 de concertation des DAC
- Copil des CLS



## 2.5 L'APPUI À LA PARTICIPATION AU PILOTAGE DES DISPOSITIFS

### 2.5.1 Caractéristiques de la mission et principales charges de sa mise en œuvre

#### Le pilotage

*Le dispositif d'AAAS organise la participation des partenaires et des personnes accompagnées à tous les niveaux du projet. **La mission d'appui à la participation favorise la participation des personnes accompagnées.***

*Le pilotage garantit l'analyse de pratiques aux intervenants de proximité, en lien direct avec les publics.*

*Les échanges de pratiques sont organisés pour les professionnels de première ligne qui utilisent leurs savoirs expérimentiels et accompagnent la participation. Les techniques d'analyse des pratiques, de supervision, sont également promues dans le référentiel de la médiation en santé de la HAS, dans l'appel à projet Article 51 sur les MSP participatives et dans le cadre de référence relatif au déploiement de dispositifs de soutien à l'autodétermination et de facilitateurs.*

*Enfin le pilotage accompagne le processus d'évaluation continue, réflexif qui permet de faire évoluer les projets et représente un gage de leur qualité.*

Regards Santé – Atelier de l'Évaluation : rapport annuel 2022 – Évaluation nationale d'AAAS , P 132

Le niveau d'intervention de cette mission est celui du pilotage du dispositif lui-même d'accompagnement à l'autonomie en santé.

Cette mission joue sur plusieurs leviers :

- La composition des instances de gouvernance, vers une meilleure intégration des personnes bénéficiaires du dispositif, mais aussi des partenaires susceptibles d'en favoriser l'évolution
- Une politique d'amélioration continue de la qualité, comprenant des outils d'évaluation et de suivi en continu des « services rendus » et l'organisation des prises de paroles pour le recueil des retours des usagers à partir duquel peuvent être orientés et ajustés les accompagnements
- Des échanges de pratiques et retours d'expérience entre les professionnels

On peut dans cette perspective identifier plusieurs postes de charge pour ces différentes fonctions clefs participant à la participation des personnes au pilotage des dispositifs qui leur sont adressés.

- Intervention d'une équipe d'évaluation « in itinere », qui suit le dispositif et en analyse les améliorations possibles
- Ressources dédiées pour promouvoir la participation au pilotage
- Outils de traçabilité et de suivi
- Formation à la démarche qualité



## 2.5.2 Estimation des charges de la mise en œuvre de la mission

Les charges sont estimées au niveau de la structure porteur et de sa gouvernance. Elles peuvent être mutualisées sur plusieurs entités ou services. L'estimation se base sur une structure comptant une cinquantaine de salariés.

### 2.5.2.1 L'estimation des charges d'évaluation

Le rapport d'expérimentation retient le processus d'évaluation comme fonction clef favorisant la participation dans le pilotage du dispositif.

L'évaluation est une obligation des établissements et services sociaux et médicosociaux. Elle est encadrée par un référentiel récemment révisé par la HAS, qui intègre dans les critères d'appréciation bien des éléments de l'accompagnement à l'autonomie des personnes.

De ce point de vue, pour toutes les structures soumises aux obligations d'évaluation, on peut considérer qu'il n'y a pas de surcoût associé l'AAAS, mais un coût de l'évaluation qui intègre dans le droit commun les incitatifs favorables.

Pour les autres structures, ce coût est estimé à 14 ou 15 000 € par an.

### 2.5.2.2 L'estimation de la participation au pilotage

La participation au pilotage des dispositifs et de la structure porteur passe par l'intégration dans la gouvernance de certains partenaires, professionnels ou personnes bénéficiant des services de la structure considérée. La composition de la gouvernance des structures est un enjeu clef de la participation à leur pilotage.

On estime qu'une structure peut être conduite à investir 800 € ou 1200 € par an pour former progressivement les personnes bénéficiaires à participer, prendre la parole et proposer des actions dans le pilotage de la structure. Il s'agit d'armer les compétences et la représentativité des instances de dialogue en place dans les structures (conseil de vie sociale, comité des usagers...)

### 2.5.2.3 La démarche amélioration continue de la qualité

Cette démarche consiste dans l'organisation régulière de réunion collective sur l'échange de pratiques et l'analyse des retours d'expérience.

Pour une structure de 50 salariés, on estime qu'à raison de 3 réunions annuelles d'une demi-journée, formées autour de deux groupes susceptibles de rassembler les deux tiers des effectifs salariés, le montant de cette démarche de concertation professionnelle pour l'amélioration des pratiques représente un coût de 21 600 €.

Estimation du coût des groupes d'échanges de pratiques	
Variables	Valeurs
Nb effectif de l'équipe	50
Nb participants qualité	30
Effectif des réunions	15
Nb groupes	2
Nb annuel de réunions	3
Durée réunions	4
Coût horaire moyen salarié	30 €
Coût échanges pratiques	21 600 €



Il est important de noter que le financement du temps d'échange de pratiques, n'est ni considéré comme du temps de formation, ni comme du temps de coordination, mais plutôt inclus dans un temps de management non rémunéré de façon spécifique. Or, les échanges de pratiques font partie intégrante de l'approche de l'AAAS et ne sont pas neutres sur le temps dédié à la coordination de la file active.

#### 2.5.2.4 Le coût total de la mission d'appui à la participation au pilotage du dispositif

Au total, on considère que les structures qui souhaitent activer le levier de la participation des patients et des bénéficiaires au pilotage des dispositifs pour favoriser l'accompagnement à l'autonomie en santé s'engagent sur un montant de dépenses de l'ordre de **38 000 €**.

Mission	Poste de charges	Estimation du coût unitaire	Unité
Mission d'appui à la participation au pilotage du dispositif	L'évaluation du dispositif	15 000 €	Structure
	La formation à la participation à la gouvernance	1 200 €	Structure
	Les réunions d'échanges de pratiques	21 600 €	Structure
	<b>Total mission appui à la participation au pilotage du dispositif</b>	<b>37 800 €</b>	<b>Structure</b>

Ce montant est néanmoins divisé par deux pour toutes les structures réalisant les exercices d'évaluation, dont les référentiels invoquent les dimensions relatives à l'autonomie en santé.

### 2.4.3 Les modes de rémunération des opérateurs

La participation renforcée des personnes accompagnées dans le pilotage des organisations qui suivent leur parcours peut être financée par les outils de financement des démarches qualité que les opérateurs sont appelés à suivre.

- Si ces démarches incluent des items favorisant la participation au pilotage des organisations, le financement des fonctions clés de l'AAAS est « acquis » ; c'est le cas des établissements médicosociaux et sanitaires.
- Si les démarches qualité n'incluent pas explicitement d'items relatifs à la participation, un incitatif sur les programmes peut être nécessaire ; ce pourrait être le cas des structures d'exercice coordonné ou des structures d'appui à la coordination, avec des indicateurs complémentaires à introduire dans le cadre de leur conventionnement.

L'autre volet de financement relève de la formation professionnelle, tel qu'elle s'organise dans les différentes conventions collectives d'appartenance des structures.

### 2.4.4 Les principales sources de financement

#### Programmes du financement de la Qualité.

- L'évaluation des ESMS dans le [nouveau référentiel HAS](#) (mai 2022) introduit un axe explicite sur la participation des usagers, qui permet de couvrir une partie remontée et un recueil d'information expérientielle des personnes. C'est ensuite la prise en compte et le relais vers la gouvernance des opérateurs qu'il convient de construire.



- Les IFAQS pour les établissements sanitaires
- L'évaluation des programmes d'ETP
- Conventonnement ACI des CPTS, MSP et Centres de Santé

### Quelques rappels concernant le financement de la formation professionnelle continue.

La Région a la compétence des politiques de formation, qui concernent aussi les secteurs sociaux, médicosociaux et sanitaires.

#### *Le financement de la formation des professionnels du secteur médico-social*

Il repose essentiellement sur le budget « intervention » de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La CNSA consacre chaque année environ 30 millions d'euros, au titre de son budget « intervention », à la formation des professionnels du secteur<sup>4</sup>. Ce financement est indirect par une **contractualisation avec les organismes nationaux, les conseils départementaux (CD) ou d'autres organismes dans le cadre de marchés publics**.

*À titre d'exemple, les crédits de la CNSA ont permis, via les organismes collecteurs de fonds (OPCO), de soutenir en 2017 la réalisation de 1 383 parcours de formation qualifiante et de 4 386 parcours professionnalisants de professionnels intervenant dans les établissements et services médico-sociaux.*

#### Focus OPCO



En 2019, **11 opérateurs de compétences (OPCO)** existent dont le champ d'intervention est très large. **L'OPCO Santé regroupe 8 branches** correspondant à des conventions collectives nationales par secteur d'activité. S'ajoute à ces branches, les entreprises ne relevant pas d'une convention collective nationale ou d'un accord national de branche sur la formation, dont l'activité principale relève du champ d'intervention de l'opérateur de compétences en application des dispositions du 2° du II de l'article L. 6332-1-1 du Code du travail.

Depuis 2010, concernant les formations des professionnels intervenant en établissement médico-social ou à domicile, la CNSA contractualise avec les OPCO :

- Pour la formation des professionnels des établissements et services ;
- Pour la formation des intervenants du secteur de l'aide à domicile.

Depuis 2011, la CNSA a un partenariat avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour la formation des professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des conseils départementaux, quel que soit leur statut.

La CNSA peut également intervenir dans la formation des accueillants familiaux, organisée par les départements.

<sup>4</sup> <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/financement-de-la-formation-des-professionnels>



## Financement des formations pour les professionnels de santé libéraux

### Les professionnels libéraux

#### - *Le développement professionnel continu (DPC)*

Le DPC est une obligation triennale qui fonctionne sur le principe de la formation continue. Les financements du DPC proviennent essentiellement des cotisations des professionnels (variation en fonction du statut et des financements publics).

À la différence des salariés, les professions libérales doivent s'acquitter tous les ans de la contribution à la formation professionnelle (CPF). Leur compte CPF est alors crédité en euros (depuis 2019). Les libéraux peuvent ainsi financer leur formation, bilan de compétences, etc. Dès lors que le professionnel libéral s'est acquitté de sa contribution annuelle au CPF, il peut bénéficier d'une aide pour le financement de sa formation. Cette aide est gérée par les Fonds d'Assurance Formation (FAF). Les Fonds d'Assurance Formation, dont dépendent les travailleurs non-salariés, définissent les listes de formations possibles pour ces derniers en fonction du secteur d'activité.

**À noter, les professions libérales et médicales ont leurs propres fonds d'assurance et de formation, le FIF-PL et le FAF-PM.** Ces fonds assurent le financement des formations pour les dirigeants et pour leurs conjoints.

#### - *Le financement interprofessionnel de formation des professions libérales (FIF-PL)*

Le FIF PL est un fonds d'assurance formation agréé par Arrêté Ministériel du 17 mars 1993, publié au Journal Officiel, le 25 mars 1993. Il a été créé à l'initiative de l'UNAPL (Union Nationale des Professions Libérales) et des organisations professionnelles adhérentes, conformément aux dispositions de la loi du 31 décembre 1991, portant sur la formation continue des Travailleurs Indépendants et des Professionnels Libéraux, faisant obligation à tous de s'acquitter de la Contribution à la Formation Professionnelle (CFP). Cette contribution est passée, dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2012, de 0,15 % à 0,25 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale (103 € en 2022).

Le FIFPL permet de financer la formation continue des professionnels de santé et paramédicaux inscrits à l'URSAF pour faciliter l'accès à la formation des professionnels libéraux dont elle est parfois difficile à financer. Cet organisme collecteur est financé par aux cotisations des professionnels de santé libérale.

#### - *Le fonds d'assurance de formation de la profession médicale (FAF-PM)*

De la même façon que le FIF-PL, le FAF-PM est un fonds de formation professionnelle qui finance la formation continue des professions médicales et paramédicales. Cependant, celui-ci, créé en 1983, est plus étendu que le FIF-PL et permet de financer de la formation initiale, continue, par équivalence, à distance, en alternance dans des domaines ne relevant pas du champ médical spécifiquement (par exemple, langues étrangères, juridiques, etc.).

Il est également possible pour les professionnels libéraux de s'autofinancer pour suivre la formation de leur choix.



### 3 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Le tableau récapitulatif des estimations des surcoûts associées aux missions d'accompagnement à l'autonomie en santé doit être mis en perspective selon le profil des structures porteurs.

#### 3.1 LE SURCÔÛT DE L'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE EN SANTÉ

Dans les conditions et sous les hypothèses définies plus haut, le coût que représente l'activation de toutes les fonctions clefs entrant dans la réalisation des missions d'accompagnement à l'autonomie en santé est de l'ordre de **400 000 €**.

Missions d'AAAS	Montants estimés
Relais favorisant l'accessibilité à la santé	105 540 €
Pair-Aidance et/ou Patients Experts dans l'accompagnement des parcours	158 573 €
Coordination territoriale en faveur de l'action sur l'environnement	102 625 €
Appui à la participation dans le pilotage des dispositifs	37 800 €
<b>Total des surcoûts des missions</b>	<b>404 565 €</b>

Ce surcoût concerne une structure d'une cinquantaine de salariés, ayant pour les activités d'autonomie en santé une file active d'une centaine de personnes accompagnées, avec une intervention sur un bassin de 20 000 habitants en relais d'accessibilité à la santé, et une échelle de coordination territoriale départementale.

On peut considérer que, selon le cœur des missions des structures porteurs, leur financement courant permet de disposer d'une partie des ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'AAAS. Les structures porteurs couvrent ainsi à hauteur variable une partie des dépenses de l'AAAS, limitant l'enveloppe totale des surcoûts estimés.

#### 3.2 LE POSITIONNEMENT DES PORTEURS SUR LES DIFFÉRENTES MISSIONS DE L'AAAS

##### 3.2.1 Mission relais-accessibilité – Surcoûts élevés pour toutes les catégories de porteurs signalent une marche à franchir importante pour tous les acteurs

Parmi l'ensemble des missions, c'est la mission relais-accessibilité qui est sans doute la moins développée, et ce, qu'elles que soient les catégories de structures porteurs.

Les associations, les structures d'appui, et les services des collectivités territoriales contribuent aux relais à l'accessibilité des soins et de la santé essentiellement par la mise à disposition de services d'information et d'orientation, avec, assez souvent aujourd'hui, l'organisation de relais spécifiques auprès des services de guichets de première ligne, une attention à l'illectronisme, et la mise en place d'outils de veille et de repérage des situations à risque.

Le poste de médiateur santé est encore rare. Il est porté aujourd'hui principalement par les collectivités territoriales, soit directement par les services sociaux ou le CCAS, soit par délégation à ces associations sociales ou caritatives proches des populations et/ou quartiers ciblés. Ces postes des communes ou



intercommunalités se trouvent souvent financés dans le cadre des CLS, en partenariat avec les ARS et parfois le Conseil départemental. Ils sont plutôt orientés sur les publics précaires, et moins souvent sur d'autres publics présentant des problèmes de santé spécifiques. Ces postes sont cependant rarement conçus comme des postes dédiés à temps plein, avec une immersion dans les lieux et quartiers des publics visés comme décrits dans le rapport d'évaluation, où l'accent est mis sur le temps de la construction des réseaux de confiance avec la population, condition nécessaire pour amener les personnes vers les soins.

De plus, l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 et le décret n° 2021-747 du 9 juin 2021 permettent désormais aux Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) la possibilité de salarier tout professionnel exerçant des activités de soins de premier recours. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) peuvent donc salarier un poste de médiateur en santé permettant d'assurer un service de proximité à l'échelle d'un ou plusieurs quartier(s) autour de la MSP répondant aux problématiques traitées dans le projet de santé des professionnels. Cette proximité et ce partenariat direct avec les professionnels de santé permet d'orienter non pas uniquement les publics précaires, mais également les publics avec des problèmes de santé spécifiques. Cependant, le coût porté par la SISA est non négligeable rendant cette pratique encore peu courante au sein de MSP.

L'interprétariat reste le privilège de certaines grosses structures sanitaires voire médicosociales et les médiateurs santé sont encore rares.

Les équipes mobiles travaillent sur l'évaluation des besoins, et à cet égard sont financées pour les temps allongés de consultation d'inclusion. Mais elles orientent ensuite vers des professionnels ou structures de soins de premier recours, MSP ou centres de santé. Pour cette dernière, le surcoût d'inclusion n'admet aucune tarification dédiée dans les actes de la nomenclature des soins, et il n'y a donc pas d'incitatif pour cette étape d'entrée en patientèle médecin de personnes éloignées de la santé. Dans le cadre des CPTS la mission d'accès aux soins peut prévoir un financement conventionné avec les professionnels de santé, et/ou avec toute autre structure acceptant de telles consultations. Elles seront sans doute des relais pour le financement des temps dédiés de l'inclusion.

### 3.2.2 Pair-aidance et/ou patients experts pour l'accompagnement des parcours : les outils et compétences déjà développés dans les structures d'appui à la coordination

La mission pair-aidance et patient expert pour l'accompagnement des parcours présente des surcoûts très variables entre les différents acteurs.

Les structures d'appui à la coordination, vers lesquelles s'adressent notamment les professionnels pour les parcours dits « complexes » sont sans doute aujourd'hui les catégories d'acteurs les plus avancées sur cette mission. Une bonne partie de leurs équipes sont constituées de référents parcours, qui développent des approches multimodales de l'accompagnement, des suivis au long cours à domicile et un travail de co-construction des parcours avec les patients, souvent les aidants et en lien avec les professionnels du premier cercle de soins. Les revues de situations en équipe sont une pratique régulière intégrée dans l'organisation des structures d'appui à la coordination.

On peut noter que les ESMS, avec les politiques inclusives et la désinstitutionnalisation mise en œuvre ces dernières années, développent des formes d'accompagnement et de suivi des publics en « milieu ordinaire » qui s'approchent des méthodes d'AAAS. Ces établissements n'ont cependant pas toute la palette des compétences et outils attachés à cette mission, notamment en ce qui concerne le médecin coordinateur ou encore la tenue d'ateliers collectifs en santé.





Les surcoûts pour cette catégorie de porteurs tiennent au médecin coordinateur, dont la présence n'est pas systématique, et dans l'animation des ateliers collectifs, qui sont rarement intégrés à leur offre, quoique souvent mis en place en partenariat avec les acteurs qui portent ce type d'initiatives dans le secteur sanitaire notamment.

C'est à ce titre que les Établissements de santé, des structures d'exercice coordonné (MSP, CdS, CPTS) ou bien entendu des Associations de patients, émergent sur cette mission. Aujourd'hui plus éloignées de la mission de pair-aidance dans l'accompagnement, ces catégories d'acteurs offrent une complémentarité à travers leur capacité à organiser des ateliers collectifs de type atelier d'éducation thérapeutique (ETP), susceptibles de s'articuler avec l'accompagnement individuel des parcours assuré par les structures d'appui à la coordination.

Les collectivités traitent un nombre trop important de dossiers et de parcours pour le déploiement des démarches individualisées, concertées et suivies d'accompagnement à l'autonomie. Elles n'ont que rarement les compétences spécialisées en interne pour animer les ateliers collectifs. Les collectivités sont en revanche des sources de financement pour de telles modalités d'intervention, dans le cadre de CLS ou d'autres actions de prévention.

### 3.2.3 La coordination territoriale pour l'action sur l'environnement : les instances locales de gouvernance

Dans le cadre de leur activité courante, la majorité des structures de santé développe des actions pour améliorer l'environnement dans lequel elles fonctionnent : entente avec un service à domicile pour faciliter le retour de patients, accord avec la commune pour permettre le transport de personnes en situation de handicap et/ou pour les personnes à mobilité réduite (PMR), partenariat avec une association culturelle pour des interventions ciblées dans le cadre d'ateliers en établissements, dialogue de gestion pour le financement conjoint d'un projet de prévention...

Il y a pourtant une graduation dans le pouvoir d'agir des organisations de santé sur leur environnement des organisations en santé et sur les moyens et compétences mises en œuvre pour cela. Cette graduation se lit autour de l'échelle décisionnelle sur laquelle portent les actions sur l'environnement. On trouve d'un côté du spectre les structures agissant principalement sur des échelles territoriales de partenariats opérationnels. De l'autre côté du spectre se trouvent des organisations actives à des échelles institutionnelles de concertations stratégiques, voire politiques.

Ainsi, selon les structures, les moyens, méthodes et compétences à l'œuvre pour agir sur l'environnement sont variables.

Les Associations de patients ont un pouvoir d'agir plus politique qu'opérationnel et territorial. Il s'appuie en général sur des compétences mutualisées de veille législative et de communication (plaidoyer), tandis que les relais territoriaux sont très variables selon le nombre de bénévoles mobilisés. Leur ancrage territorial augmente ces dernières années par le déploiement des CPTS sur le territoire national dont le champ d'action est décrit ci-après. En effet, au sein de la gouvernance et notamment lors de la constitution des différents collèges du bureau associatif des CPTS, les professionnels de santé souhaitent dédier un collège à part entière aux usagers par le biais d'une personne physique que sont les patients experts généralement et/ou d'une personne morale correspondant aux associations de patients.

Les établissements et services médicosociaux ou sanitaires tendent à organiser leur action sur l'environnement à travers les politiques partenariales mises en œuvre par la direction, mandatée pour cela par les conseils d'administration ou de surveillance, dans lesquels siègent les patients ou usagers.



Les accords, groupements et coopérations mises en œuvre dans le cadre de ces démarches orientent les modalités de coordination des acteurs opérationnels sur les territoires. Selon la taille des organisations, une direction fonctionnelle de type direction stratégique ou de communication est en place. C'est souvent le cas des établissements hospitaliers par exemple. Dans les établissements médicosociaux, ces directions fonctionnelles dédiées sont plus rares, et ce sont les binômes direction / conseil d'administration qui sont à l'œuvre au niveau stratégique.

Les structures d'exercice coordonné organisent les actions sur l'environnement à travers les projets de santé, qui définissent des actions ciblées sur l'environnement des parcours et de la prévention. La mise en œuvre de ces actions repose sur un temps de « coordinateur », qui appuie les professionnels des structures dans l'élaboration de protocoles de coopérations avec les acteurs du territoire. Les coordinateurs des structures d'exercice coordonné jouent cependant un rôle plus orienté sur la cohésion et la dynamique des équipes de professionnels libéraux de la MSP que sur les liens aux partenaires extérieurs du territoire. Dans les centres de santé, la direction peut consacrer un temps renforcé aux partenariats favorisant la prévention ou les conditions de suivi des patients.

Les CPTS et les autres structures d'appui à la coordination (DAC, Communautés 360, MDA) ont été conçues pour agir sur l'environnement, avec pour mission l'émergence de coopérations territoriales renforcées, facilitant les solutions adaptées pour l'accès aux soins, à la santé et les parcours de vie associés. Les structures d'appui disposent de temps dédiés à la coordination territoriale pour agir sur l'environnement. Les CPTS ont sans doute un champ d'intervention et une approche plus limitée de cette action que les DAC : ces derniers ont en effet un rôle fédératif plurisectoriel d'observation des parcours, d'analyse des points de rupture, et d'alerte aux instances stratégiques de décision des politiques publiques. Ces missions ont conduit au développement d'outils et de compétences spécifiques du coordinateur territorial, ainsi qu'à une gouvernance territoriale renforcée.

L'action des services des collectivités territoriales sur l'environnement en santé s'organise à travers les Contrats Locaux de santé, qui financent, entre autres choses, en lien avec les ARS, les postes de Coordinateurs territoriaux. Les actions mises en œuvre pour la participation des patients sont largement déterminées par le degré très variable d'engagement des communes dans les modes de gouvernance participative. Les collectivités territoriales ont une position transversale fédérative susceptible de représenter des espaces favorables à la concertation territoriale, et disposant, par le relais que peuvent donner les élus aux travaux des groupes, d'une influence sur les instances décisionnelles stratégiques supérieures.

### 3.2.4 La participation au pilotage des dispositifs et structures : la diffusion de l'évaluation et des démarches de qualité

La participation au pilotage des dispositifs et structures représente des surcoûts dont l'ampleur est largement associée à la diffusion de la culture, de l'évaluation et de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les Établissements médicosociaux et sanitaires et dans une moindre mesure les structures d'appui à la coordination sont familiers de ces démarches et les dépenses afférentes sont susceptibles d'être mutualisées pour favoriser la participation au pilotage.

Pour d'autres structures telles que les structures d'exercice coordonné, les démarches de ce type sont moins diffusées dans les pratiques managériales et de gouvernance, de sorte que leur adoption est plus coûteuse en termes de formation et de management.

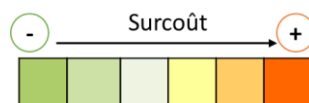


### 3.2.5 Tableau de synthèse

Les analyses qui précèdent ont mis en lumière le surcoût relatif que représentent les démarches d'Accompagnement à l'Autonomie en Santé pour les différentes structures de santé. Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous.

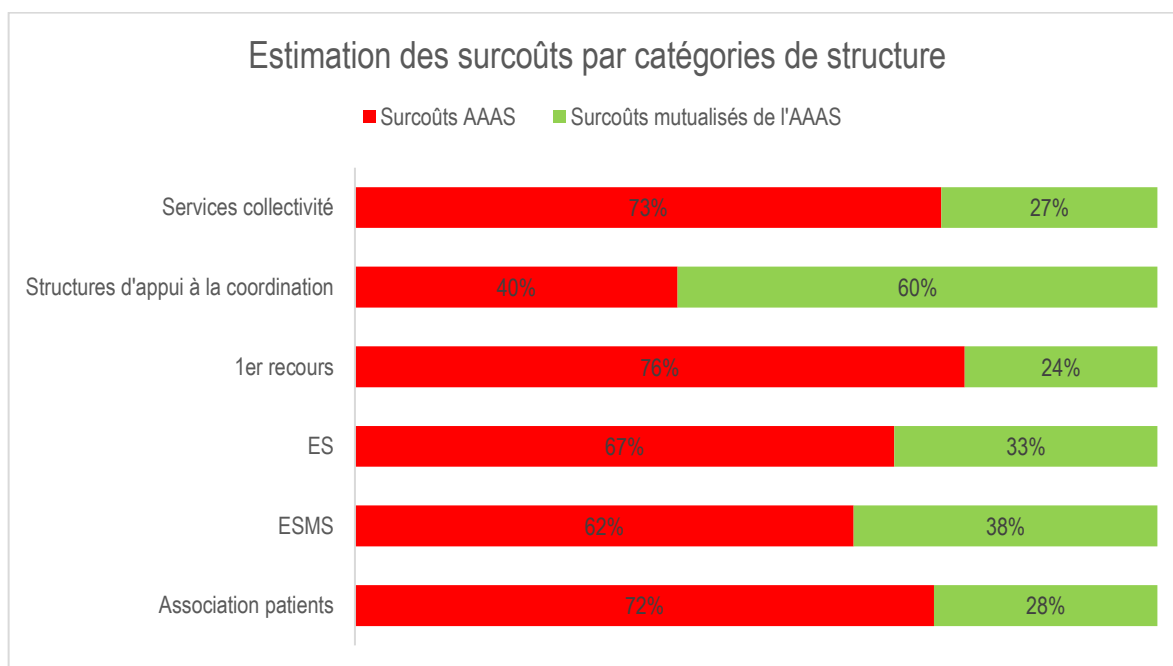
Surcoûts de chaque mission selon les grands types de porteurs

	Relais – Accessibilité	Pair-aidance Patient expert Accompagnement	Coordination territoriale – action sur l'environnement	Participation – Pilotage
Association patients				
Structure ESMS				
Structure ES				
MSP				
CdS				
CPTS				
DAC				
MDA				
Communauté 360°				
Services collectivités territoriales				



Il ressort de cette analyse d'ensemble que les structures d'appui à la coordination et dans une moindre mesure les CPTS, sont les structures par lesquelles le déploiement de missions d'accompagnement à l'autonomie en santé engagerait le moins de ressources supplémentaires. En effet, compte tenu des missions portées par ces structures et des compétences déjà déployées, l'accompagnement à l'autonomie en santé bénéficierait d'importantes économies en termes de ressources.

On estime que les structures d'appui à la coordination portent 60 % des surcoûts de l'autonomie en santé, les principales ressources manquantes ayant trait à la mission de relais de l'accessibilité, les fonctions de médiation, d'aller-vers, d'abaissement des conditions d'accueil n'étant pas au cœur de leurs missions d'appui.



Pour autant, la réflexion sur le financement des porteurs pour le déploiement de ces démarches d'accompagnement à l'autonomie en santé ne relève pas uniquement de considérations économiques.

Les structures d'appui à la coordination ont par nature des modes d'intervention partenariale et ne sont pas effecteurs de soins. À cet égard la continuité dans les démarches favorisant l'autonomie en santé supposera des financements conjoints, mettant un groupe de structures dans une même dynamique d'actions et de positionnement vis-à-vis des patients ou personnes accompagnées : c'est dans le cadre d'approche territoriale que ces synthèses d'acteurs se construisent.



## 3.2.6 Une analyse des coûts par démarches structurantes

Participation active		Action sur l'environnement		Réduction des inégalités sociales de santé	
Fonctions clés	Coûts	Fonctions clés	Coûts	Fonctions clés	Coûts
Approche multimodale	158 573 €	Action sur l'offre du territoire	102 652 €	Aller-vers	105 540 €
Outils numériques		Formation, échange d'expérience et analyse de la pratique		Accueil bas seuil	
Pair-aidant : Patient expert		Plaidoyer		Mission de relai avec les populations éloignées du soins	
Référents parcours		Coordination territoriale		Médiateur en santé	
Médiateur en santé	Référents parcours	Référents parcours			
Implication des partenaires auteurs (PA) et des partenaires	37 800 €	Médiateur en santé			
<b>TOTAL</b>					
<b>196 373 €</b>		<b>102 652 €</b>		<b>105 540 €</b>	



### 3.3 POINTS DE VIGILANCE POUR LE FINANCEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE

L'analyse de la mise en œuvre des missions d'accompagnement à l'autonomie en santé a permis de quantifier les surcoûts engendrés et d'identifier les principaux postes de dépenses associées.

Sur les différentes missions clés, les principaux postes de dépenses concernent les postes de ressources humaines, notamment dans les profils identifiés de médiateurs en santé, référents parcours et coordinateurs territoriaux mêmes si les besoins et donc temps dédiés à chacun de ces postes varient d'une mission clé à l'autre. Les référentiels de compétences sont en cours d'élaboration pour ces métiers, qui s'accompagneront d'une définition précisée de leurs fiches de postes respectives et du montant des rémunérations en lien avec les formations spécifiques qui sont elles aussi en cours de développement avec des programmes pédagogiques spécifiques aux missions de chacun. Dans chacune des missions clés où ils interviennent respectivement en première ligne, ces postes représentent entre 40 et 60 % des dépenses.

Au total, les **ressources humaines** sont estimées représenter **55 % des dépenses** de l'accompagnement à l'autonomie.

Les surcoûts relevant de frais supplémentaires associés aux outils, aux déplacements ou aux locaux restent modestes, puisqu'ils représentent ensemble moins de 10 % des dépenses. En effet, il n'existe pas d'outils spécifiques dédiés à l'AAAS, ils s'apparentent majoritairement à des outils dits de gestion de projet, suivi, système d'information qui sont pour partie déjà déployés dans les structures porteuses. Pour ce qui concerne les locaux et/ou plus généralement les questions de mobilité, les solutions à mettre en place relèvent bien souvent d'arrangement avec les partenaires, au premier rang desquels les collectivités territoriales : elles ont un rôle majeur à jouer comme facilitateur de l'accompagnement à l'autonomie en santé.

Les autres postes importants pour les fonctions clés de l'accompagnement à l'autonomie relèvent de prestations ou de rémunérations dispersées pour des temps de travail collectifs, au sein des structures et/ou avec les partenaires, pour la formation, les ateliers collectifs, la concertation, les échanges de pratiques ou le pilotage. Ces coûts atteignent ensemble plus du tiers des dépenses, avec un cinquième des dépenses relevant de prestations à un tiers (formateurs, interprètes, recherche-action...). Le financement de ces travaux collectifs n'est pas toujours aisé dans le cadre des règles de financement du droit commun. À cet égard, la mise en œuvre de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé doit pouvoir permettre aux porteurs de conventionner avec des prestataires. Cela ne pose généralement pas de problème, sauf lorsqu'il s'agit de professionnels de santé. C'est dans ce cadre que peuvent survenir les difficultés sur les modalités de paiement de « temps allongé de consultation à l'inclusion des patients » dans le parcours de santé. En l'absence de majoration identifiée pour ce type de consultations complexes, l'incitation pour les professionnels de santé à participer à la mission de relais pour l'accessibilité peut faire défaut. Les structures d'exercice coordonnées déployées sur le territoire de type équipe de soins primaires (ESP) et maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) peuvent jouer un rôle clé. En effet, la rédaction d'un protocole spécifique à l'accompagnement à l'autonomie en santé dans la cadre de leur projet de santé peut engager les professionnels dans cette démarche. Ainsi à défaut d'une majoration des consultations complexes, les professionnels peuvent obtenir des financements pour l'application d'un tel protocole par la CPAM permettant de compenser le temps supplémentaire de consultation liée à l'inclusion des personnes dans le parcours de santé, en se rémunérant sur ces fonds (ACI).



Il est également important que les démarches relatives à l'échange de pratiques comme les travaux de concertation qui prennent du temps et des ressources aux porteurs et à leurs partenaires soient valorisées au titre des démarches d'amélioration de la qualité, de la formation continue et de la contribution à la continuité des parcours de santé. En réalité, pour tout ce qui relève du pilotage et de la gouvernance, le financement de la participation est incertain dans le cadre des règles actuelles.

Ainsi, pour ce qui est de la coordination territoriale, en dehors du poste de coordinateur, pour lequel les véhicules de financement sont facilement identifiés, les autres leviers de l'animation et de la gouvernance territoriales ne sont pas financés. Les porteurs de projet d'accompagnement à l'autonomie peuvent en effet difficilement mobiliser les professionnels de santé et acteurs du territoire dans la mesure où ils ne disposent pas de financements associés : les travaux de concertation, les groupes d'échanges de pratiques participant à l'animation du territoire et à la transformation de l'environnement dans lequel se déroulent les parcours ne sont pas financés. Seules les CPTS peuvent aujourd'hui indemniser les professionnels de santé pour leur participation à des groupes de travail sur le territoire. Elles seront sans aucun doute des partenaires clefs dans les démarches de coordination pour agir localement sur l'environnement en faveur des parcours.



## 4 LES PROGRAMMES DE FINANCEMENT

### 4.1 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MODES DE FINANCEMENT ET PROGRAMME

Programme / structure	Financier(s)	Principales caractéristiques des financements et / ou des dispositifs clés financés
<b>Partie 1 : Financements sur AAP thématiques</b>		
AAP Santé mentale et psychiatrie rattachés à la feuille de route psychiatrie et visant les ES Psy	ARS	
Vieillir acteur et citoyen de son territoire - AAP	Fondation de France	
Programmes d'ETP	ARS	
Maisons sport santé	ARS	
Agence nationale de cohésion des territoires - <b>Politique de la ville AAP « campagne nationale de subventions Politique de la Ville »</b> . Subvention / Formation	Ministère chargé de la Ville pour des associations et des opérateurs qui conduisent des projets au profit des habitants des QPV.	
Autres AAP sur les thèmes de la prévention et de la promotion de la santé (à préciser..)	ARS	
Autres AAP Recherche / Outils/méthodes à l'échelle nationale	CNSA/État	
<b>Partie 2 : Financements des acteurs porteurs d'AAAS</b>		
<b>2.1 Les acteurs du 1er recours (Structures d'exercice coordonné)</b>		
ACI MSP	Assurance maladie pour le versement des ACI Salarial de professionnels via la SISA (médiateur en santé, etc.)	Fonction clé ciblée en fonction du projet de santé établi par les professionnels de santé. Possibilités : Prévention, Aller vers, coordination, etc. Salarial : Médiation en santé
Conventionnement Centres de santé	Assurance maladie / ARS sur projet de santé	Engagement sur une offre de soins de qualité, à des conditions financières particulièrement privilégiées pour les patients, projet de santé comprenant des actions de prévention et des engagements sur l'accessibilité économique
ACI CPTS	Assurance maladie	1ère mission : Faciliter l'accès aux soins des patients (a. Faciliter l'accès à un médecin traitant; b. Améliorer la PEC des SNP en ville) 2ème mission : organisation des parcours des patients 3ème mission : Champ de la prévention 4ème mission : Réponse à une crise sanitaire grave
<b>2.2 Structures d'appui à l'orientation et à la coordination</b>		
CPOM DAC	ARS	Financement de l'appui à la coordination des parcours complexes, comprenant différents niveaux d'intervention : information aux professionnels, accompagnement des patients aux parcours complexes, et coordination territoriale pour agir sur les causes de rupture de parcours en concertation avec les acteurs du territoire
CPOM Communautés 360°	CNSA / CD / ARS	Les Communauté 360 s'adressent à l' <b>ensemble des personnes en situation de handicap</b> . Elles peuvent intervenir plus particulièrement auprès des personnes en situation de handicap <b>et de leurs aidants</b> qui ne parviennent pas à mettre en œuvre leur projet de vie
MDA	ARS	Les maisons des adolescents (MDA) sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension <b>physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative</b> . Pour ces raisons, elles travaillent en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné.
Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ)	Etat dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion	Ces structures accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez vous, seul ou en groupe jeunes et/ ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, des lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites de rupture, violentes ou dépendantes, décrochage social, scolaire. Cet accueil est subsidiaire aux dispositifs existants et de droit commun et n'offre pas de soin.
Plateformes de coordination et d'orientation (PCO)	Etat/ARS	Mesure phare de la Stratégie nationale pour l'autisme, les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) viennent en soutien des professionnels de santé chargés du repérage des troubles du neuro-développement (TND), et assurent de la coordination du parcours de diagnostic et d'interventions précoces chez les enfants de moins de 7 ans.





Programme / structure	Financier(s)	Principales caractéristiques des financements et / ou des dispositifs clés financés
<b>2.3 Modes de financements des Services et établissements</b>		
CPOM ESMS	ARS /CD	La "CPOMistation" du financement des ESMS ouvre la possibilité d'introduire des financements pour de nouvelles missions ou démarches susceptibles de s'inscrire dans l'AAAS
Volet qualité et formation ESMS	ARS /CD	
EPSM / ES - Financement Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	ARS	Structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société. Ils s'apparentent à des dispositifs d'entraide mutuelle entre pairs, en constituant avant tout un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés éventuellement rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Les PRAPS peuvent aider à la mise en place de GEM
Financement des Équipes mobiles des ES et ESMS	ARS	L'équipe mobile de gériatrie permet de dispenser un avis et une expertise gériatriques à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée. L'équipe mobile de gériatrie intervient à la demande des services d'urgences et de l'ensemble des services de l'hôpital. Elle joue un rôle important dans l'évaluation des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et dans la formation des personnels à la spécificité de la prise en charge de la personne âgée.
Financements du SAMU social	Etat/ARS/Collectivités	
Volet prévention des Hôpitaux de proximité	Assurance Maladie / ARS sur projet	Les missions des hôpitaux de proximité (HP), publics comme privés, constituent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers. Ainsi, ces établissements exercent des missions communes avec d'autres acteurs de leurs territoires : appui aux professionnels du premier recours (médecins, infirmiers, kinés...), maintien à domicile en lien avec les médecins traitants, prévention, continuité des soins. Les HP participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé dans leur territoire.
CPOM PASS Hospitalières	ARS	Les EP de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.
Espace France Services	CTG, Caisse des dépôts, ANCT, et nombreux CLS?	
Dispositifs jeunes (missions locales)	Etat, ARS	Les missions locales prennent la forme d'une association ou d'un groupement d'intérêt public. Dans ce dernier cas, elles peuvent recruter des personnels qui leur sont propres, régis par le présent code de l'action sociale. Elles ont développé un accompagnement global en direction des jeunes. Elles traitent l'ensemble des difficultés d'insertion : emploi, formation, orientation, mobilité, logement, santé, accès à la culture et aux loisirs.
Services d'accueil et de prévention des collectivités territoriales (PMI, MDS, ASE)	Conseil départemental	Le financement passerait par des budgets abondés sur les services départementaux pour l'AAAS



Programme / structure	Financier(s)	Principales caractéristiques des financements et / ou des dispositifs clés financés
<b>Partie 3 : Financements territoriaux</b>		
CLS	Commune, CC, CA, ARS, CD, Education nationale, Conseil régional, CAF	Les contrats locaux de santé (CLS) participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.
Atelier santé ville (ASV)	État/ Politique de la ville	L'ASV constitue une aide à la décision suivant les problématiques de santé observées et identifiées sur un territoire. Il adopte une stratégie de développement de projets de santé publique, et met la prévention et la promotion de la santé au cœur du projet territorial avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé des populations. Convergence progressive avec les CLS
CLSM / PTSM	ARS	CLSM: Instance de coordination et de concertation en santé mentale, avec dont un point d'entrée sur la gouvernance et les fonctions de participation pour l'AAAS PTSM: 6 priorités des projets territoriaux de santé mentale, parmi lesquelles la priorité 5 "Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques" très en phase avec la démarche de l'AAAS. Parfois émanant ou inclut dans le CLS
Convention territoriale global (CTG)	CAF - Attention pas financeur en tant que tel mais les partenaires signataires oui : Etat, CD, CPAM, MSA, Pole emploi, etc.	La CTG n'est pas un dispositif financier mais une démarche pour construire un projet social sur le territoire Une convention de partenariat entre la Caf et la collectivité locale est signée sur 5 ans. D'autres acteurs décideurs et financeurs peuvent en être signataires également : l'Etat, le Conseil départemental, la Cnam, la Msa, Pôle emploi, etc. Tous les champs d'intervention peuvent être mobilisés : petite enfance, enfance, jeunesse, parentalité, animation de la vie sociale, accès aux droits, logement, handicap, etc.
<b>Partie 4 : Autres modes de financement</b>		
Pair aideance / patients experts	ARS / CD / AM	Examiner le sujet à savoir financement sur AAP et /ou sur formation des patients et usagers et/ou sur volet qualité des structures, notamment représentants des usagers
Financement de la formation pour les démarches de l'aller-vers, de la médiation en santé et de la participation des habitants aux projets de santé	État / Conseils départementaux / Régions / Métropoles	Formation aux métiers du travail social pour développer les pratiques « d'aller vers », s'adapter aux besoins réels et intervenir en cas d'événement et de ruptures qui peuvent conduire à l'exclusion. Le parcours « médiateurs de santé-pairs » vise à former de nouveaux professionnels dans le champ de la santé mentale, des professionnels de l'aide et de la médiation, permettant d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins des personnes souffrant de troubles psychiques. Ex. Formation démarche aller-vers (par l'IRTS HDF) Formation médiateur-santé pairs. Axe Prévention et santé parmi les priorités de conventionnement. Financement possible de la formation, ex HdF : 45 000€ incluant formation, stage et déplacement
Veille aux expérimentations Art51 passées dans le droit commun		
Coordonnateur de CLS	ARS / Ville	Aucune formation n'existe aujourd'hui. Cependant, de la même manière que la formation PACTE qui est s'adresse aux coordonnateurs de MSP/CPTS financée par l'ARS, une formation PACTE dédiée aux coordonnateurs de CLS est en cours de finalisation et devrait être en phase de déploiement / test (Région grand est) dès la rentrée 2024.
Pair-aidance croisée : théories et pratiques situées (DU)		Ce diplôme propose un programme de formation interdisciplinaire dont la visée est de professionnaliser les pratiques de pair-aidance et de contribuer à leur reconnaissance et à leur institutionnalisation (1500€)
Financement de la formation des professionnels	CNSA	



Programme / structure	Financier(s)	Principales caractéristiques des financements et / ou des dispositifs clés financés
<b>Programmes et plans</b>		
<b>Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)</b>	Assurance maladie Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)	Le PRIAC est un <b>outil de programmation financière</b> des établissements et services du secteur médico-social qui accueillent des <b>personnes âgées ou des personnes handicapées</b> et qui sont financés par l'Assurance Maladie et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Il permet de mieux identifier les priorités de financement au niveau régional et de les inscrire dans le temps.
<b>Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des plus démunis</b>	ARS dans le cadre des PRS	Les PRAPS doivent, dans le cadre de leurs objectifs de santé publique, orienter leurs actions sur : - Les <b>difficultés d'accès, de prévention et de continuité des soins</b> ; - Les <b>souffrances psychiques</b> (troubles psychiques, violences subies et conduites à risque du type consommation de substances psychoactives) ; - L' <b>hygiène de vie</b> (hygiène corporelle, santé bucco-dentaire, alimentation et nutrition,...).
Schémas départementaux pour l'autonomie (personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap)	Conseil départementaux	Les Schémas départementaux sont des documents d'orientation et de planification de la mise en oeuvre de la politique départementale en faveur de l'autonomie. Ils sont un outils pour les maîtres d'ouvrage de ces politiques en tant que régulateurs, tutelle de tarification et de contrôle et financeurs de prestations. C'est aussi un document de référence pour les promoteurs de projet et les gestionnaires soucieux de contribuer à une prise en charge de qualité sur le département.
<b>Stratégie nationale sport santé 2019-2024</b>		Améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie. Lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des <b>pathologies chroniques</b> qui y sont associées est un enjeu de santé publique.
<b>PLIE</b> (Plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi)		Les PLIE proposent un accompagnement individualisé et renforcé des publics. Cet accompagnement s'inscrit dans la durée et dans une prise en compte globale de la personne. Il est assuré par des référents de parcours individualisé. Les PLIE associe, à l' <b>échelle d'une ou plusieurs communes</b> , l'ensemble des acteurs institutionnels et des partenaires socio-économiques concernés. Ils se poursuivent durant les six premiers mois d'accès à l'emploi durable. <b>Présidé par un élu local. L'Alliance Ville Emploi</b> est le réseau national des PLIE et des maisons de l'emploi.
<b>Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté :</b>	Conventionnement État / Conseils départementaux / Régions / Métropoles	Transformer la formation et certains <b>métiers du travail social</b> pour <b>développer les pratiques « d'aller vers »</b> , s'adapter aux besoins réels et intervenir en cas d'événement et de ruptures qui peuvent conduire à l'exclusion. Permettre aux acteurs de se mobiliser sur des objectifs communs, qui seront portés selon une <b>méthode ouverte de coordination</b> qui laissera toute sa place à l'adaptation aux territoires et à l'initiative des acteurs
Financements Caisses mutualistes	MSA / FNFM	Les mutualités déploient des programmes de financements notamment de prévention mis en oeuvre par les services rattachés qu'elles représentent
Financement pour l'innovation sociale	Banque des territoires	
<b>Fond national pour la démocratie sanitaire (FNDS)</b>	CNAM	Ce fonds finance le fonctionnement et les activités de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), ainsi que les actions nationales de formation de base menées par les associations agréées au niveau national et habilitées par le ministre de la Santé à délivrer cette formation. <b>Ce fonds peut également participer au financement :</b> - d'actions menées par des associations d'usagers agréées en matière de démocratie en santé ; - d'actions menées par des organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrées au thème de la démocratie en santé ; - des appels à projets nationaux portant sur les mêmes sujets. Ce troisième point est l'objet du présent appel à projets



VOLET FINANCEMENT DES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE EN SANTÉ

Programme / structure	Financier(s)	Principales caractéristiques des financements et / ou des dispositifs clés financés	Public cible					INFOS complémentaires
			Jeunes PA	Handicap psychique	Handicap physique	Public précaire (Migrant, RSA, Professionnels CSS, etc.)		
<b>Programmes et plans</b>								
Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)	Assurance maladie Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)	Le PRIAC est un <b>outil de programmation financière</b> des établissements et services du secteur médico-social qui accueillent des <b>personnes âgées ou des personnes handicapées</b> et qui sont financés par l'Assurance Maladie et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Il permet de mieux identifier les priorités de financement au niveau régional et de les inscrire dans le temps.	Oui	Oui	Oui			<a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/programme-interdepartemental-daccompagnement-des-handicaps-et-de-la-perte-dautonomie-priac-de-la">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/programme-interdepartemental-daccompagnement-des-handicaps-et-de-la-perte-dautonomie-priac-de-la</a>
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des plus démunis	ARS dans le cadre des PRS	Les PRAPS doivent, dans le cadre de leurs objectifs de santé publique, orienter leurs actions sur : - Les <b>difficultés d'accès, de prévention et de continuité des soins</b> ; - Les <b>souffrances psychiques</b> (troubles psychiques, violences subies et conduites à risque du type consommation de substances psychoactives) ; - L'hygiène de vie (hygiène corporelle, santé bucco-dentaire, alimentation et nutrition,...).		Oui		Oui		Financement possible de : médiateur en santé, aller-vers, pairs aidants
Schémas départementaux pour l'autonomie (personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap)	Conseil départementaux	Les Schémas départementaux sont des documents d'orientation et de planification de la mise en œuvre de la politique départementale en faveur de l'autonomie. Ils sont un outils pour les maîtres d'ouvrage de ces politiques en tant que régulateurs, tutelle de tarification et de contrôle et financeurs de prestations. C'est aussi un document de référence pour les promoteurs de projet et les gestionnaires soucieux de contribuer à une prise en charge de qualité sur le département.						
Stratégie nationale sport santé 2019-2024		Améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie. Lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des <b>pathologies chroniques</b> qui y sont associées est un enjeu de santé publique.	Oui	Oui	Oui			Financement possible de Maison sport santé
PLIE (Plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi)		Les PLIE proposent un accompagnement individualisé et renforcé des publics. Cet accompagnement s'inscrit dans la durée et dans une prise en compte globale de la personne. Il est assuré par des référents de parcours individualisé. Les PLIE associe, à l'échelle d'une ou plusieurs communes, l'ensemble des acteurs institutionnels et des partenaires socio-économiques concernés.és et se poursuit durant les six premiers mois d'accès à l'emploi durable. <b>Présidé par un élu local. L'Alliance Ville Emploi</b> est le réseau national des PLIE et des maisons de l'emploi.				Oui		<a href="https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/plie-plans-locaux-pluriannuels-pour-l-insertion-et-l-emploi">https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/plie-plans-locaux-pluriannuels-pour-l-insertion-et-l-emploi</a>
Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté :	Conventionnement État / Conseils départementaux / Régions / Métropoles	Transformer la formation et certains <b>métiers du travail social</b> pour <b>développer les pratiques « d'aller vers »</b> , s'adapter aux besoins réels et intervenir en cas d'évènement et de ruptures qui peuvent conduire à l'exclusion. Permettre aux acteurs de se mobiliser sur des objectifs communs, qui seront portés selon une <b>méthode ouverte de coordination</b> qui laissera toute sa place à l'adaptation aux territoires et à l'initiative des acteurs						Un fonds de lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi porté à 200 millions en 2022
Financements Caisses mutualistes	MSA / FNFM	Les mutualités déploient des programmes de financements notamment de prévention mis en œuvre par les services rattachés qu'elles représentent						
Financement pour l'innovation sociale	Banque des territoires		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	<a href="https://www.banquedesterritoires.fr/">https://www.banquedesterritoires.fr/</a>
Fond national pour la démocratie sanitaire (FNDS)	CNAM	Ce fonds finance le fonctionnement et les activités de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), ainsi que les actions nationales de formation de base menées par les associations agréées au niveau national et habilitées par le ministre de la Santé à délivrer cette formation. <b>Ce fonds peut également participer au financement :</b> - d'actions menées par des associations d'usagers agréées en matière de démocratie en santé ; - d'actions menées par des organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrées au thème de la démocratie en santé ; - des appels à projets nationaux portant sur les mêmes sujets. Ce troisième point est l'objet du présent appel à projets					Oui	<a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/la-democratie-en-sante/article/la-democratie-en-sante">https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/la-democratie-en-sante/article/la-democratie-en-sante</a>



## 4.2 MODE DE FINANCEMENT PAR PUBLIC CIBLE ET TYPE DE MISSIONS

Programme / structure	Public cible						Type de missions				INFOS complémentaires
	Jeunes	PA	Handicap psychique	Handicap physique	Public précaire (Migrant, RSA, Professionnels CSS, etc.)		Relais accessibilité	Pair-aidance / patient expert accompagnement	Coordination territoriale et action sur l'environnement	Appui à la Participation / pilotage des dispositifs	
<b>Partie 1 : Financements sur AAP thématiques</b>											
AAP Santé mentale et psychiatrie rattachés à la feuille de route psychiatrie et visant les ES Psy			Oui					Oui			Cf les appels à projets de la feuille de route psy notamment pour des fonctions de coordo parcours psy.
Vieillir acteur et citoyen de son territoire - AAP		Oui									
Programmes d'ETP		Oui	Oui	Oui	Oui			Oui			
Maisons sport santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			Oui			
Agence nationale de cohésion des territoires - Politique de la ville					Oui	Oui					<a href="https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/politique-de-la-ville-97">https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/politique-de-la-ville-97</a>
<b>AAP « campagne nationale de subventions Politique</b>											
Autres AAP sur les thèmes de la prévention et de la promotion de la santé (à préciser..)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui						
Autres AAP Recherche / Outils/méthodes à l'échelle		Oui	Oui	Oui			Oui	Oui			
<b>Partie 2 : Financements des acteurs porteurs d'AAAS</b>											
<b>2.1 Les acteurs du 1er recours (Structures d'exercice coordonné)</b>											
ACI MSP	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			Financement via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) Si structuration en SISA : possibilité de salariat des nouveaux métiers tels que les médiateurs en santé
Conventionnement Centres de santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			Condition financière d'accès aux soins réglementée pour un accès aux soins à tous (publics précaires)
ACI CPTS	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Financement via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)



Programme / structure	Public cible					Type de missions				INFOS complémentaires
	Jeunes	PA	Handicap psychique	Handicap physique	Public précaire (Migrant, RSA, Professionnels CSS, etc.)	Relais accessibilité	Pair-aidance / patient expert accompagnement	Coordination territoriale et action sur l'environnement	Appui à la Participation / pilotage des dispositifs	
<b>2.2 Structures d'appui à l'orientation et à la coordination</b>										
CPOM DAC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
CPOM Communautés 360°			Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Quatre missions principales sont confiées aux communautés 360 : - l'organisation de solutions concrètes au bénéfice des personnes en situation de handicap en privilégiant le milieu ordinaire - la mise en œuvre d'une <b>démarche d'« aller-vers »</b> - le soutien à l'expression des personnes en situation de handicap en favorisant leur autodétermination - la recherche de l'innovation et de la transformation de l'offre
MDA	Oui		Oui			Oui	Oui	Oui	Oui	Les maisons des adolescents (MDA) ont pour mission : - <b>d'informer</b> - de conseiller - d'accompagner les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes
Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ)	Oui					Oui				Les Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ) sont de petites structures conviviales et disséminées sur le territoire, volontairement proches des jeunes et complémentaires des maisons des adolescents (MDA). Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents.
Plateformes de coordination et d'orientation (PCO)			Oui			Oui	Oui			



Programme / structure	Public cible					Type de missions				INFOS complémentaires
	Jeunes	PA	Handicap psychique	Handicap physique	Public précaire (Migrant, RSA, Professionnels CSS, etc.)	Relais accessibilité	Pair-aidance / patient expert accompagnement	Coordination territoriale et action sur l'environnement	Appui à la Participation / pilotage des dispositifs	
<b>2.3 Modes de financements des Services et établissements</b>										
CPOM ESMS						Oui	Oui			
Volet qualité et formation ESMS									Oui	
EPSM / ES - Financement Groupes d'entraide mutuelle (GEM)			Oui	Oui			Oui		Oui	Un comité national de suivi est constitué conjointement par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour contribuer au bon fonctionnement et à l'évolution de ce dispositif.
Financement des Équipes mobiles des ES et ESMS		Oui								
Financements du SAMU social						Oui				
Volet prévention des Hôpitaux de proximité		Oui		Oui	Oui	Oui	Oui			les projets renforçant l'accès aux soins sont accompagnés par la création d'une dotation de responsabilité territoriale.
CPOM PASS Hospitalières					Oui	Oui	Oui			Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.
Espace France Services	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui				Animateur numérique, lutte contre l'Illectronisme en santé
Dispositifs jeunes (missions locales)	Oui					Oui			Oui	<a href="https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897626/2010-04-01">https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897626/2010-04-01</a>
Services d'accueil et de prévention des collectivités territoriales (PMI, MDS, ASE)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui				



Programme / structure	Public cible						Type de missions				INFOS complémentaires
	Jeunes	PA	Handicap psychique	Handicap physique	Public précaire (Migrant, RSA, CSS, etc.)	Professionnels	Relais accessibilité	Pair-aidance / patient expert accompagnement	Coordination territoriale et action sur l'environnement	Appui à la Participation / pilotage des dispositifs	
<b>Partie 3 : Financements territoriaux</b>											
CLS	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	<a href="https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897626/2010-04-01">https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897626/2010-04-01</a>	
Atelier santé ville (ASV)							Oui	Oui	Oui	Coordination locale des actions de prévention afin de contribuer à la réduction des inégalités	
CLSM/ PTSM			Oui				Oui	Oui	Oui	<a href="https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43485">https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43485</a>	
Convention territoriale global (CTG)	Oui		Oui	Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	<a href="https://www.solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/bilan-d-etape-de-la-strategie-territoriale-globale">https://www.solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/bilan-d-etape-de-la-strategie-territoriale-globale</a>	
<b>Partie 4 : Autres modes de</b>											
Pair aideance / patients experts											
Financement de la formation pour les démarches de l'aller-vers, de la médiation en santé et de la participation des habitants aux projets de santé						Oui	Oui			<a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/bilan-d-etape-de-la-strategie-pauvrete/">https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/bilan-d-etape-de-la-strategie-pauvrete/</a>	
Veille aux expérimentations Art51 passées dans le Coordonateur de CLS						Oui					
Pair-aidance croisée : théories et pratiques situées (DU)										Formation Continue - Pair-aidance croisée : théories et pratiques situées (DU) (univ-tours.fr)	
Financement de la formation des professionnels											

