



APPUI À LA COORDINATION DES PARCOURS :
LE GUICHET UNIQUE POUR METTRE FIN AU MILLE-FEUILLE
DE DISPOSITIFS EST-IL ENFIN ARRIVÉ ?



acsantis

SOMMAIRE

EDITO

LES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION : VOUS AVEZ DIT « INTÉGRATION » ? P. 03

APPUI À LA COORDINATION DE QUOI PARLE-T-ON ? P. 04

LES MISSIONS P. 07

QUELLE PLACE ET QUELS LIENS AVEC LES CPTS P. 08

QUELQUES EXEMPLES

EN ILLE-ET-VILAINE : **APPUI SANTE BROCELIANDE : UN DISPOSITIF PORTE PAR UN INTER-POLES DE LIBERAUX**... P. 09

DANS L'AIN : **INITIATIVE D'UN RÉSEAU POLYVALENT ET DE DEUX ASSOCIATIONS GÉRONTOLOGIQUES**..... P. 10

EN RÉGION GRAND EST : **PTA PORTE PAR L'ASSOCIATION D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ** P. 11

EN BREF P. 12

GLOSSAIRE..... P. 13

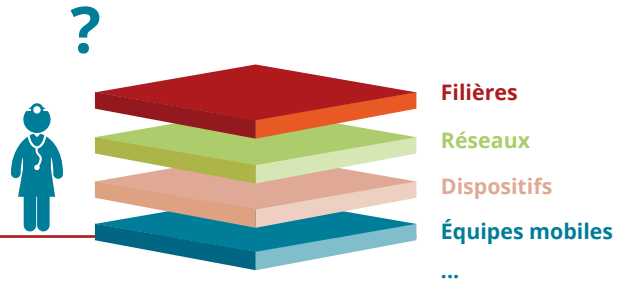
A PROPOS D'ACSANTIS P. 14



Rédaction : Dominique Dépinoy, Alec Guiral, Sandrine Haas

EDITO

LES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION : VOUS AVEZ DIT « INTÉGRATION » ?



Les fonctions de coordination se sont multipliées ces dernières années, notamment sous l'effet des politiques publiques, qui, dans le champ sanitaire, médicosocial et social, ont priorisé le « virage ambulatoire », « le maintien à domicile », « l'inclusion » ou « l'accompagnement en milieu ordinaire ». Ces orientations répondent à de fortes attentes sociétales et imposent d'assurer la continuité des services et des soins en dehors des établissements dédiés. L'accompagnement et/ou les soins dispensés « en ville » sont devenus prioritaires, et nécessaires, au plus près des conditions de vie ordinaire des personnes concernées. Filières, réseaux de soins, dispositifs d'aide aux personnes âgées¹, équipes mobiles², maisons des adolescents, etc. ont participé à la construction d'un ensemble de coordinations importantes mais ont aussi contribué, malgré elles, à constituer un paysage peu lisible et peu accessible aux professionnels, notamment ceux du 1^{er} recours, avec une couverture thématique et/ou territoriale souvent inégale. **Difficile de s'y retrouver dans ce qui est apparu comme un empilement de dispositifs !**

C'est dans ce contexte qu'une meilleure organisation des parcours s'impose quand les soins et l'accompagnement, pour être effectifs, nécessitent de mobiliser une variété de services et de professionnels, dont les interventions doivent être conçues de façon cohérente, ordonnée et suivie tout en évitant les chevauchements de prises en charge. En d'autres termes ces interventions doivent être étroitement coordonnées selon les situations rencontrées, au bénéfice des patients. Il est ainsi urgent d'optimiser des parcours de santé complexes, en mutualisant les compétences des acteurs de coordination du territoire, et en proposant un point d'entrée unique et facile d'accès au médecin traitant, ou en lien avec ce dernier, à un professionnel de santé au sens large.

Prévue depuis la Loi de 2016, **la réorganisation des fonctions d'appui** initiée avec les plateformes d'appui (PTA) devrait s'accélérer avec la Loi votée en juillet 2019 dans le cadre de Ma Santé 2022. Les principales missions des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont précisées (lire page 6) et leur organisation, bien que non figée dans le marbre, assez encadrée. Si dans quelques territoires des acteurs proposent d'être porteur de dispositifs polyvalents via des PTA, l'évolution vers un guichet unique avec les DAC est largement impulsée par les ARS. L'objectif est d'accélérer leur déploiement dans des contextes territoriaux variés qui doivent prendre en compte les dynamiques d'acteurs existantes tout en incitant fortement certains dispositifs à converger et à intégrer leurs actions.

Sur le papier cela paraît simple : il suffit de fusionner les coordinations existantes. C'est d'autant plus facile que les ARS détiennent souvent les cordons de la bourse. On laisse les coordinations les plus avancées relever le défi, qu'il s'agisse des réseaux de santé sur tel territoire, des unions de libéraux ou des MAIA sur tel autre. Mais les difficultés - sans parler des résistances - peuvent être nombreuses car il s'agit de déplacer des postes, donc des personnes, de créer une nouvelle gouvernance partagée et plurielle, de mettre en place des nouveaux outils -numéro unique par exemple- afin d'être opérationnel rapidement et de s'articuler avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Il faut donc accompagner ces changements afin qu'ils s'opèrent dans un temps raisonnablement court pour produire des résultats rapides, faciliter le travail des professionnels de 1^{er} recours et optimiser le service rendu aux usagers. Une meilleure organisation des soins primaires en dépend !

D^r Dominique DÉPINOY,
Président d'ACSANTIS

1 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ; Coordination Territoriale d'appui du programme PAERPA (CTA du programme Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) etc...

2 En soins palliatifs, en santé mentale ou précarité, en gériatrie...

APPUI À LA COORDINATION DE QUOI PARLE-T-ON ?

La complexité de certaines situations, le cloisonnement ville-hôpital et la multiplicité des acteurs de l'accompagnement médico-psychosocial mettent souvent en difficulté le médecin généraliste, qui peut avoir besoin d'une première bonne orientation et d'un appui pour la coordination des parcours de ses patients. Et ce, alors même que le temps médical est devenu précieux. Ces constats, qui avaient présidé à la création des réseaux formels ou informels, restent d'actualité.

Aussi, en instaurant des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) le législateur a souhaité capitaliser sur les dispositifs de type Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) et sur l'expérimentation parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) qui a déployé sur divers sites en France des Coordinations territoriales d'appui (CTA) dont l'objet était d'apporter un appui aux professionnels pour la coordination des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, souvent pluri pathologiques. Les évaluations des CTA ont conclu à un intérêt des professionnels du 1er recours pour un dispositif qu'ils pouvaient solliciter tant pour une première orientation que pour un appui plus soutenu à la prise en charge de situations jugées complexes.

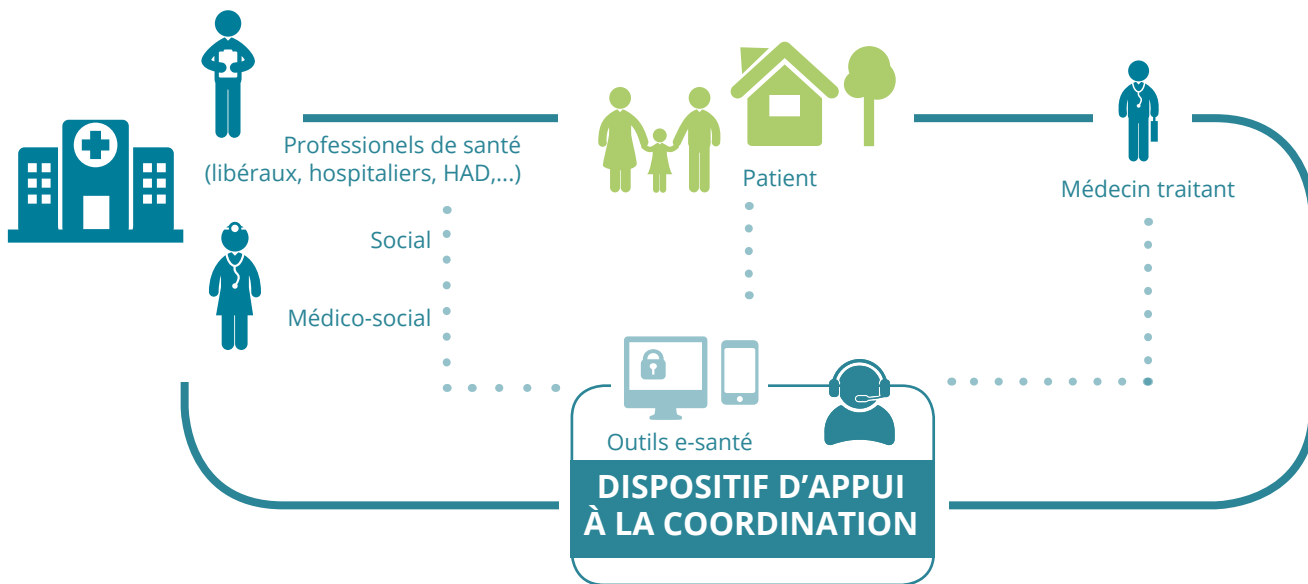
Ces évaluations ont néanmoins pointé le risque de cloisonnement par type de population (personnes âgées, etc.) ou par pathologie (cancérologie, etc.). Pour y parer, il convient d'envisager la mise en place de guichets uniques ou intégrés, ouverts aux professionnels et particulièrement aux médecins traitants, répondant aux situations de patients sans distinction d'âge ou de pathologie.

Ainsi, et compte tenu de la multiplication au cours des dernières années de dispositifs de droit commun ou expérimentaux donnant lieu à un empilement peu lisible pour les professionnels et patients, la récente Stratégie Nationale de Santé a fait de la convergence des dispositifs d'appui à la coordination des parcours un enjeu prioritaire. Si l'acronyme **PTA pour plateforme territoriale d'appui** (Loi de santé de 2016) est encore utilisé, La loi de santé de juillet 2019 introduit les **Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)**. L'enjeu est de mutualiser le plus possible les compétences des acteurs impliqués dans la coordination de parcours jugés complexes sur un territoire voire fusionner les dispositifs dans lesquels ils opèrent.

TROIS GRANDS OBJECTIFS SONT ASSIGNÉS À UN DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION

- **Renforcer l'accessibilité** des professionnels aux services de coordination existants ou aux ressources spécialisées d'un territoire (via un guichet unique) ;
- **Intervenir en appui** dans l'organisation des parcours complexes, lorsque les ressources en présence font défaut ;
- **Décloisonner les secteurs d'intervention** dans le parcours en créant des interfaces entre les services de coordination des effecteurs de soins, de l'accompagnement médicosocial ou social.

MIEUX ACCOMPAGNER LES PATIENTS ET APPUYER LES PROFESSIONNELS



Pour remplir ces objectifs, les ARS vont favoriser l'émergence de DAC dans toutes les régions et conduire la fusion des dispositifs existants sur un territoire. Dans un premier temps le périmètre socle du rapprochement des dispositifs existants est défini autour des réseaux territoriaux de santé (quand ils existent), des PTA / CTA et des MAIA. À terme, selon les dynamiques de territoire, d'autres dispositifs de coordination, comme les CLICs, ou même des services d'HAD pourront intégrer les DAC selon des modalités qu'il reste à définir.

La notion de « complexité ressentie » est retenue, plutôt que celle plus restrictive de parcours complexe. Ceci entérine le choix de la majorité des expérimentateurs des premières PTA créées, de laisser au jugement des professionnels de santé l'appréciation de la complexité, et par là même de laisser ouverte la possibilité de solliciter les DAC.

Comme dans les expériences déjà lancées, si les professionnels de santé du secteur ambulatoire sont attendus à la manoeuvre, la représentation équilibrée de tous les acteurs dans la gouvernance de ces nouveaux dispositifs s'impose, avec la désignation de représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les DAC devront veiller à l'ouverture et à la qualité des liens de partenariats renforcés avec tous les acteurs. Mais gageons que la réussite de ces projets dépendra aussi de la qualité des relations entre les ARS et les conseils départementaux, responsable de l'accompagnement des personnes âgées, comme des personnes en situation de handicap ou de précarité.

Tout dispositif d'appui à la coordination doit reposer sur la subsidiarité : pour un même type de situation, un médecin généraliste pourra souhaiter gérer lui-même la coordination du parcours complexe sans faire appel au dispositif (ou le solliciter *a minima*), alors qu'un autre pourra au contraire souhaiter y recourir. Il en va de même pour des équipes pluri professionnelles déjà habituées ou non à travailler de façon coordonnée autour de certains patients. Ce principe de subsidiarité peut aussi s'appliquer au fonctionnement du DAC : celui-ci est en effet amené à se déployer sur des territoires où préexistent des dispositifs qui contribuent à la coordination des parcours (information, orientation, évaluation des patients, planification des prises en charge...). Le DAC n'a pas vocation à faire « à la place de » mais à « faire avec », ce qui doit l'inviter à identifier des « composantes » pré existantes localement qui pourront assumer certaines fonctions d'appui à ses côtés.

À moyen terme les DAC devront couvrir l'ensemble du champ de l'appui aux parcours complexes, sans distinction d'âge et de pathologies. Selon la maturité des réseaux en place, il se peut qu'à court terme les DAC ne soient pas en mesure de répondre à des demandes d'appui pour toutes les pathologies. Dans ces territoires, il conviendra d'envisager un plan de déploiement par étapes pour couvrir progressivement l'ensemble des parcours, ce qui renvoie au rôle du DAC pour aider à la structuration territoriale des parcours, aux côtés demain des CPTS, au-delà de la coordination des situations individuelles complexes.

LES MISSIONS

1

INFORMATION ET ORIENTATION VERS LES RESSOURCES SANITAIRES,
SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES DU TERRITOIRE
>> *porte d'entrée unique pour trouver un appui aux parcours*

2

APPUI À L'ORGANISATION DES PARCOURS COMPLEXES,
POUR UNE DURÉE ADAPTÉE AUX BESOINS DU PATIENT
>> *intervention de partenaires ayant des dispositifs spécifiques*

- *évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient et la synthèse des évaluations ;*
- *appui à l'organisation des la concertation pluri-professionnelle ;*
- *planification de la prise en charge, suivi et programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, pour favoriser le maintien à domicile ;*

3

LE SOUTIEN AUX PRATIQUES ET INITIATIVES PROFESSIONNELLES EN MATIÈRE
D'ORGANISATION ET DE SÉCURITÉ DES PARCOURS, D'ACCÈS AUX SOINS ET DE COORDINATION

- *diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, aide à l'élaboration et à la diffusion de protocoles pluri-professionnels, etc.*

3 MISSIONS DÉDIÉES

Information et orientation

Appui à l'organisation
des parcours complexes

Appui aux pratiques
innovantes

3 PRINCIPES D'ACTION

Subsidiarité

Graduation

Mutualisation

3 RÉSULTATS ATTENDUS

Lisibilités et accessibilités
des dispositifs d'appui

Le décloisonnement sectoriel

L'harmonisation
des pratiques

QUELLE PLACE ET QUELS LIENS AVEC LES CPTS

Une CPTS est une communauté professionnelle territoriale de santé fédérée autour d'un ou plusieurs projets d'amélioration de la santé pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire.

Les missions socles d'une CPTS sont :

- **Améliorer l'accès aux soins** (avec développement du recours à la télésanté)
 - Facilitation de l'accès à un médecin traitant
 - Amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville
- **Favoriser l'organisation de parcours pluriprofessionnels** autour du patient notamment par l'implication des professionnels de santé de ville (généralistes, spécialistes, pharmaciens, paramédicaux), aux côtés des équipes hospitalières ou médicosociales
- **Favoriser le développement des actions territoriales** de prévention

L'initiative de créer une CPTS doit venir de professionnels de santé de ville (notamment ceux engagés dans l'organisation des soins ambulatoires) qui veulent mieux travailler ensemble ou qui en ont déjà l'habitude

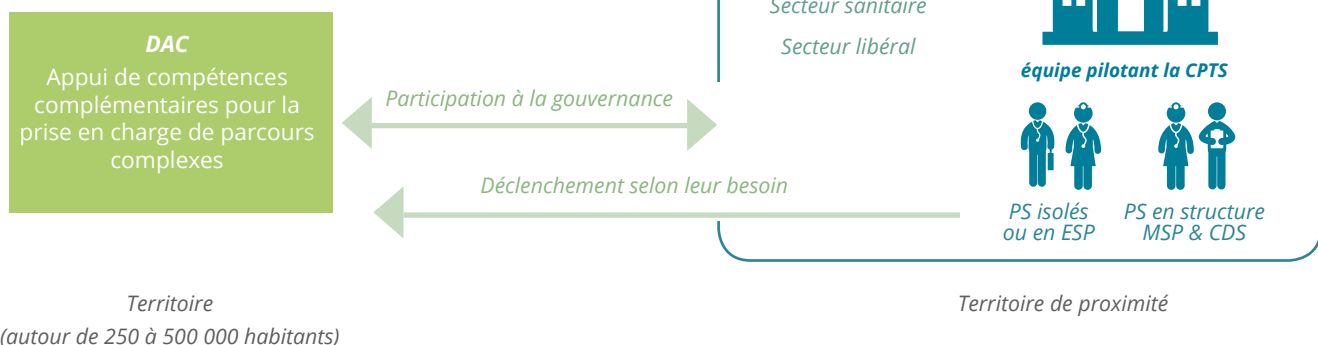
Articulation entre CPTS et DAC :

- Le territoire couvert par un DAC est plus large que celui d'une CPTS, ainsi un DAC pourra apporter ses services à plusieurs CPTS. (Sauf cas particulier)
- Les CPTS ont vocation à être des utilisatrices des services proposés par les dispositifs d'appui à la coordination. En particulier les CPTS peuvent mobiliser les moyens du DAC pour leurs projets d'amélioration des parcours de soins sur leur territoire.
- Au-delà d'un statut d'utilisateurs, les CPTS peuvent, si elles le veulent, mettre elles-mêmes en oeuvre certaines fonctions d'appui relevant des DAC comme la prise en charge complète d'un parcours sur leur territoire. Si une CPTS souhaite porter en propre certaines fonctions d'appui, la priorité lui sera donnée. Le DAC intégrera cette offre dans son panel de services.

Ainsi, les CPTS ont une place naturelle dans la gouvernance des dispositifs d'appui. Une ou plusieurs CPTS pourront intégrer la gouvernance d'un DAC. Il est important de faire figurer explicitement les CPTS comme parties prenantes de la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes. Les dispositifs d'appui doivent inscrire leurs actions dans la proximité et travailler étroitement avec elles. Un principe de subsidiarité guide l'action des dispositifs d'appui, notamment vis-à-vis des CPTS comme des Maisons ou Centres de Santé (MSP ou CDS).

POINT DE VIGILANCE

Comme les calendriers de mise en place des DAC et des CPTS ne sont pas toujours concomitants sur un territoire il faut savoir donner du temps à la construction de la bonne articulation entre les niveaux territoriaux. En effet, la participation à ces gouvernances demande du temps et de l'énergie aux professionnels.



QUELQUES EXEMPLES

EN ILLE-ET-VILAINE : APPUI SANTE BROCÉLIANDE : UN DISPOSITIF PORTE PAR UN INTER-PÔLES DE LIBÉRAUX

Le projet de Plateforme Territoriale d'Appui, opérationnel depuis 2018, a été porté par des professionnels libéraux du territoire du Pays de Brocéliande (70 000 habitants environ).

Ceux-ci étaient déjà fortement engagés dans une dynamique de coordination pluri-professionnelle sous forme d'un « Inter - Pôles » regroupant des personnes physiques, membres de 3 pôles (Montfort, Plélan le Grand et St Méen le Grand), et des personnes morales (SSIAD, Centre hospitalier de proximité) et coopérant aussi avec des équipes de Montauban de Bretagne et Pleumeleuc – Bédée.

Un « terreau fertile » : le territoire n'était pas couvert par un réseau de santé mais, du fait notamment d'une forte dynamique, proche d'une CPTS, il disposait déjà d'une palette de dispositifs d'appui, permettant de répondre pour partie à certains besoins de coordination du parcours complexe :

- Article 70 porté par la MSP de St Méen (amont / aval de l'hospitalisation des plus de 75 ans)
- Infirmière de coordination en cancérologie positionnée en ville et non à l'hôpital.
- Infirmière Asalée et consultations de spécialistes portées par une MSP à Plélan
- Des projets d'éducation thérapeutique du patient « en ville » avec des professionnels formés
- Des coopérations avec les deux hôpitaux du territoire, l'HAD, les services à domicile (SSIAD et ADMR), les acteurs intervenant dans le suivi des personnes âgées (MAIA, CLIC, CDAS).

Un « groupe projet » associant des professionnels de l'inter-pôles a été constitué et s'est impliqué dans la préfiguration de la plateforme. Le groupe a structuré, avec l'ARS, l'organisation de ce dispositif d'appui en lien avec les partenaires.

RÉSULTATS : un dispositif d'appui animé par des libéraux, avec des partenaires offrant déjà certaines fonctions d'appui, le tout, dans un souci de subsidiarité renforcé pour éviter de refaire ce que d'autres font déjà bien, tout en adaptant au besoin les périmètres d'intervention de chacun.

➤ **Une gouvernance partagée dans une Association** avec 4 collèges avec voix délibératives (1 collège de professionnels libéraux, 1 collège sanitaire, médico-social et social, 1 collège usagers, 1 collège élus) et 1 collège avec voix consultatives. La majorité des voix étant attribuée au collège des libéraux.

➤ **Un rapprochement avec la MAIA**

➤ **Des outils :**

- une équipe (des salariés et des libéraux indemnisés pour des fonctions d'appui) ;
- un numéro d'appel unique ;
- des processus de réponses aux différentes demandes avec fiches de recueil de données ;
- un outil numérique de coordination (GWALENN, promu par le GCS E santé Bretagne)
- un annuaire des professionnels et services du territoire
- des grilles d'évaluation multidimensionnelle

“

Nous étions déjà dans cette dynamique quand l'appel à projet a été proposé par l'ARS. L'objectif était de créer un dispositif agile, réactif, pensé au plus près des besoins des libéraux. J'ai discuté ce matin avec un médecin qui a fait appel à la PTA. Il m'a dit « c'est très pratique, j'ai eu un coup de main rapide, efficace alors que la situation du patient me paraissait hyper compliquée tout s'est très vite éclairci » ”

Emmanuelle FRIGOUT, Présidente de l'association portant la PTA

“

Ce qui est apprécié, c'est la réactivité et le retour d'informations vers le médecin traitant. Les professionnels sont informés de toutes les démarches, le plus synthétiquement possible, surtout les médecins qui font appel à la PTA. ”

QUELQUES EXEMPLES

DANS L'AIN : INITIATIVE D'UN RÉSEAU POLYVALENT ET DE DEUX ASSOCIATIONS GÉRONTOLOGIQUES

POUR METTRE EN PLACE LE DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION, UN GROUPE PROJET A RÉUNI TROIS ASSOCIATIONS, L'ADAG01, L'AGBO, ET VILHOP'AIN.

VILHOP'AIN, est une association loi 1901 créée en 2005 par des professionnels de santé libéraux en réponse à des difficultés de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. En 2013, Vilhop'Ain a fusionné avec l'association Addict 01 (prise en charge coordonnée de patients souffrant d'addiction) pour créer un réseau pluri thématique. Le réseau a mis en place la plateforme Souti'Ain en 2014 à Bourg-en-Bresse pour répondre via un numéro de téléphone dédié aux demandes d'information, d'orientation et à la coordination ainsi que la gestion de cas. Souti'Ain s'est engagée d'emblée à aider les professionnels et les personnes en souffrance ainsi que leurs aidants sur l'ensemble des pathologies (psychologie, gériatrie, médecine générale, addictologie...).

➤ **ADAG01** et **AGBO**, sont deux associations de gérontologie porteuses d'un CLIC et du dispositif MAIA sur leurs territoires. L'Association d'Action Gérontologique du Bassin Burgien (ADAG 01), a été créée en 1988 et l'AGBO, créée en 2000, sur le bassin d'Oyonnax.

Le travail de mise en place d'un seul dispositif de coordination pour tout le département de l'Ain permet de formaliser des missions attendues (décret DAC) et des interactions entre les partenaires. Les territoires de la filière gérontologique, des CLIC, de la MAIA et de Souti'Ain n'étant pas homogènes, la construction d'une cohérence territoriale s'est imposée dans la conception du dispositif.

Le schéma de gouvernance s'est attaché à respecter **trois grandes qualités attendues** du processus décisionnel pour la PTA de l'Ain : la légitimité, la co-construction et co-responsabilité, la transparence et lisibilité.

Autour de ces caractéristiques requises, le schéma de gouvernance de la PTA se dessine à trois niveaux décisionnels :

- **Une gestion identifiée** : la gestion de la PTA est confiée à Vilhop'Ain,
- **Une expertise collective, comité technique** : l'animation et l'expertise de la PTA sous la responsabilité partagée d'un Groupe opérationnel de Co-Animation, qui réunit les partenaires rapprochés de la PTA
- **Un pilotage stratégique concerté de la PTA** : le comité de pilotage est composé par les partenaires institutionnels et les responsables des structures partenaires identifiées



Souti'Ain a ainsi préfiguré la PTA. Le rapprochement en cours avec les acteurs médicosociaux vise à amplifier les effets du dispositif d'appui à la coordination en évitant les chevauchements.

Souti'Ain et la MAIA appréhendent les personnes âgées de deux manières complémentaires : l'une dispose d'une vision médicale, l'autre d'une vision sociale.



médicale



sociale



Je témoigne en tant que médecin généraliste qui se sent responsable d'aider ses patients surtout lorsque leurs problèmes de santé deviennent compliqués à prendre en charge et que vouloir me débrouiller seul peut leur entraîner une perte de chance. J'ai besoin d'avoir un interlocuteur facile à joindre et qui connaît tout ce qui peut aider à mieux prendre en charge mon patient, qui peut organiser à ma place mais toujours en lien avec moi. C'est pour cela que la PTA me semble importante pour que tous les dispositifs qui existent se rapprochent et se coordonnent pour être vraiment visibles de tous les professionnels au contact des patients.

Dr Pascal PENETRAT, Bourg-en-Bresse

QUELQUES EXEMPLES

EN RÉGION GRAND EST : DAC PORTE PAR L'ASSOCIATION D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

La démarche des réseaux ADDICA & CARÉDIAB appuyés par le réseau REGECAP et les MAIA vise à construire une plateforme territoriale d'appui en plusieurs temps et avec plusieurs « briques ». Le premier temps a eu pour objectif unique de venir en appui des professionnels de premier recours et en particulier des médecins généralistes faisant face à une situation complexe initialement dans deux territoires de vie, le Vouzinois (Ardenne) et le Grand Reims (Marne). Les autres missions de la PTA seront développées progressivement dans un second temps pour venir en appui à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe.

Les souhaits des médecins généralistes ont été recensés. Ils ont exprimé le besoin de pouvoir disposer d'un dispositif d'appui :

Adapté à leurs contraintes de travail (horaires, nombre de patients...) et qui associe lisibilité, simplicité, disponibilité, réactivité et efficacité.

Capable de traiter tous types de situations (sans critères fermés de sollicitation)

Proposant, dans un temps dont ils ne disposent pas :

- > **d'évaluer** l'ensemble de la complexité de la situation
- > **d'élaborer et leur faire valider** un plan de ressources adapté aux problématiques des personnes
- > **de mobiliser, coordonner, suivre** les ressources validées
- > **de faire un retour régulier** au médecin généraliste.

“

Le lien avec la CIMG est une relation de proximité, une collaboration avec un contact privilégié. Le recours à cette personne dédiée est un soulagement au quotidien. Efficacité et rapidité résume bien le dispositif. Au quotidien ce n'est que du bonheur : une plus-value pour le médecin et surtout pour le patient. ”

Dr Mélanie GERBAUX, Signy-Le-Petit, Médecine généraliste

“

*Notre montée en charge s'est faite progressivement :
Juillet 2015 : 1^{er} CIMG* ;
Juillet 2017 : 2^e et 3^e CIMG ;
Mars 2018 : 4^e CIMG ;
Mars 2019 : 5^e CIMG ;
Juin 2019 : 6^e CIMG,
Septembre 2019 : 7^e CIMG.
Depuis 2015, 214 médecins généralistes différents ont sollicité les CIMG pour 1883 personnes différentes. Dans une enquête réalisée au 1^{er} trimestre 2019 nous avons demandé aux médecins « Seriez-vous prêt à recommander la CIMG à vos confrères ? » sur 71 réponses, 60 ont répondu « oui », et 11 « plutôt oui ». ”*

* Coordinateur d'IMG

Matthieu BIREBENT, Directeur Association d'Appui aux Professionnels de Santé

EN BREF

LES ORIENTATIONS COMMUNES CHOISIES PAR LES PROJETS QUE NOUS AVONS ACCOMPAGNÉS

Le principe d'une mise en oeuvre à l'initiative des acteurs conduit à l'adoption de diverses formes d'organisation, mais avec néanmoins plusieurs choix communément retenus indépendamment des contextes locaux où les dispositifs d'appui ont pris forme :

- La notion de complexité ressentie
- Les organisations graduées, distinguant notamment en premiers niveaux de service, l'information et l'orientation, et en troisième niveau l'appui à la coordination. En règle générale le curseur entre les différents niveaux se positionne dans les différents schémas autour de la nécessité de recueil d'information à domicile pour apprécier la situation et les possibilités de traitement par les partenaires ou le dispositif.
- Dans la grande majorité des schémas d'organisation, le principe d'information et d'avis du médecin traitant, associé et informé à toutes les étapes de la sollicitation, a été retenu.
- L'articulation aux CPTS est un point d'attention présent dans tous les schémas cibles élaborés

UNE DIVERSITÉ DES ORGANISATIONS

- L'ouverture des **sollicitations aux usagers** n'a pas été systématiquement exclue des choix d'organisation des projets. Les dispositifs qui ont exclu les sollicitations aux usagers l'ont fait par souci 1) de concentrer les efforts de montée en charge des services sur les professionnels 2) de donner une plus grande lisibilité et crédibilité aux services dédiés 3) d'assurer les partenaires d'une approche complémentaire qui laisse toute leur place à leurs interventions auprès des usagers (à l'exemple des CLICs)
- L'organisation internalisée ou déléguée de la gestion des cas **complexes**. Certains dispositifs, en accord avec le principe de subsidiarité, ne disposent pas de « gestionnaires de cas » en propre, mais se concentrent sur l'appui à la coordination. Ils délèguent entièrement aux réseaux de professionnels et structures de coordination du territoire la réponse aux sollicitations qui leur sont faites (Ain, Vendée). Mais beaucoup d'autres dispositifs ont intégré dans leurs équipes des « gestionnaires de cas », qui interviennent en propre dans l'appui à la coordination (Reims, Brocéliande, et bien d'autres en France).
- le contenu des missions 3 varient entre une approche technique, qui privilégie les outils, notamment les systèmes d'information, et une approche stratégique, qui se centre sur la concertation des partenaires, aux niveaux opérationnels et politiques, pour lever les risques de rupture de parcours

CONCLUSION, LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE LA MISE EN PLACE DES DAC

Les textes portant sur les DAC sont parus alors même que les PTA n'ont pas eu le temps de se mettre en place sur tout le territoire national. La mise en place des DAC vise à accélérer la **convergence des fonctions d'appui à la coordination** et devra veiller à préserver les dynamiques de convergence initiées par les PTA. La fusion des réseaux et des MAIA représente des re-compositions déjà significatives, avec des enjeux d'organisation interne et de gouvernance. Ces transformations doivent être accompagnées soigneusement pour maintenir le service rendu aux professionnels par ces structures : le cas échéant, il y a un risque de décrédibiliser le dispositif d'appui à la coordination avant même qu'il ne voie le jour. Les DAC constituent potentiellement – enfin ! – le guichet unique de la coordination. En théorie, cela n'ajoute pas une nouvelle couche au mille-feuille puisque les réseaux, MAIA, PTA, et autres CLICs etc. ont vocation à se fondre dans le dispositif. Les textes de loi instituant les réseaux et MAIA ont d'ailleurs vocation à être abrogés d'ici 3 ans. Il faudra éviter cependant qu'ils ne dessinent de nouvelles frontières : à cet égard, les DAC devront travailler autant sur les procédures d'intégration interne des équipes MAIA et réseaux que sur une politique partenariale active, notamment en direction des secteurs social et médicosocial. Ceci est indispensable aux décloisonnements sectoriels des parcours.

GLOSSAIRE NON EXHAUSTIF

CLIC

Les CLICs sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Ils sont mis en oeuvre par les départements. Ils constituent le lieu d'information privilégié des personnes âgées et de leur entourage.

MAIA

MAIA signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

PAERPA

Le PAERPA, parcours de santé des aînés, est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

DAC ET SUBSIDIARITE

Un DAC a vocation à s'appuyer sur les ressources existantes sur son territoire. Ressources qui contribuent à certaines fonctions d'appui. Le DAC n'a en effet pas vocation à répondre en propre à l'intégralité des sollicitations d'appui à la coordination des parcours complexes. Il peut en cohérence avec sa mission 1, renvoyer directement à des effecteurs, ou dans le cadre de sa mission 2 coopérer avec ces derniers. Il s'agit donc pour le porteur de ou du DAC, ses bénéficiaires attendus, ainsi qu'aux partenaires clés pressentis, de définir un périmètre de missions prioritaires et un schéma de fonctionnement propre à la dynamique territoriale locale. En d'autres termes, les missions et le fonctionnement du DAC doivent être coconstruits avec les parties prenantes de façon pragmatique et par étapes.

CPTS

Une CPTS est une communauté de professionnels de santé fédérée autour d'un ou plusieurs projets d'amélioration de la santé pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire.



acsantis

ACSANTIS est un cabinet de conseil spécialisé dans l'accompagnement des acteurs de la santé. Créé en 2010, par le Docteur Dominique DEPINOY (*médecin généraliste et Président d'ACSANTIS*) et Sébastien BRIOIS (*ingénieur spécialisé dans la e-santé et Directeur général*), puis rejoint par Alec GUIRAL (*Associé*), il est composé d'une équipe aux compétences plurielles et complémentaires.

Collectivités, Agences Régionales de Santé, établissements sanitaires, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux... vivent de profondes mutations.

La transition épidémiologique s'est traduite en quelques décennies seulement par la nette prépondérance des pathologies lourdes et chroniques et les parcours complexes qui les accompagnent, sans que la société et le système de soins ne s'y soient encore tout à fait adaptés.

Soucieux d'améliorer leurs propres modes de fonctionnement mais aussi de trouver de nouveaux équilibres notamment entre spécialisation et transversalité, **les professionnels** inventent de nouvelles façons de s'organiser.

Mieux informés et plus concernés que jamais par ces questions, **les usagers** témoignent de nouvelles attentes et exigences que les pratiques ou la gouvernance de la santé en France ne prennent que progressivement en compte.

Œuvrant, enfin, à renforcer sinon à préserver ou à restaurer leur attractivité et la qualité de leur cadre de vie alors qu'ils sont souvent confrontés à une baisse du nombre de praticiens dans leur région, **les territoires** cherchent, quant à eux, à mieux comprendre ces différentes tendances pour mieux les prendre en compte.

Concevant la santé à l'instar de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), non pas comme absence de maladie, mais bien « comme un état de complet bien-être physique, mental et social », ACSANTIS est convaincu que c'est par la reconnaissance de l'ensemble de ceux qui composent le système de santé, leur bonne intelligence et l'articulation la plus fine possible de leurs compétences respectives que le système de santé saura mener sa propre réforme, optimiser son fonctionnement et in fine poursuivre au mieux sa mission au service de tous et toutes. ACSANTIS a dédié son projet d'entreprise à l'accompagnement nécessaire, au plus près des acteurs, des évolutions du système de santé.

Les membres de l'équipe sont à l'image de cette pluralité d'intervenants et de problématiques, et comprennent notamment, outre les fondateurs, des diplômés de Sciences Po Paris, Rennes ou Grenoble, des diplômés des formations en économie de la santé des universités de Paris I et de Lille, une docteure en pharmacie, une docteure en sociologie de la santé. Pour plus d'efficacité, l'activité est structurée autour de **4 pôles** • **LE PÔLE PREMIER RECOURS** traitant en particulier de l'organisation concrète des structures en exercice collectif, en accompagnement des porteurs de projets ; • **LE PÔLE PARCOURS** notamment pour travailler sur l'articulation entre ville et hôpital et sur le parcours de soins des personnes souffrant de pathologies complexes ou multiples ; • **LE PÔLE E-SANTÉ** pour les questions de Systèmes d'information et d'innovation en santé ; et enfin • **LE PÔLE STRATÉGIES TERRITORIALES** afin d'assister les collectivités et professionnels dans la compréhension des besoins de santé et la mise en place de réponses adaptées. Ayant d'ores et déjà accompagné plus de 200 équipes, institutions ou collectivités, **ACSANTIS bénéficie aujourd'hui d'une connaissance approfondie des défis de la santé en France.**

Nous sommes heureux de pouvoir partager notre connaissance des défis organisationnels de la santé en France



acsantis

ACSANTIS
15 rue du Caire
75002 Paris
Tél. : 01 42 33 04 83
www.acsantis.com