



## Introduction

Depuis quelques années, la notion de parcours s'est imposée progressivement répondant à la nécessité de faire évoluer le modèle de soins dans un contexte marqué notamment par la prévalence accrue des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Cette notion s'appuie sur un ensemble de dispositifs de coordination qui peuvent s'adresser à une population spécifique (personne âgée, handicapée...), à une pathologie particulière (cancérologie, diabète...) ou à un segment d'un parcours de santé comme cela est proposé par l'Assurance maladie dans le cadre du programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO). Par ailleurs, elle induit de nouvelles compétences professionnelles et conduit à l'émergence de nouveaux métiers : gestionnaire de cas, coordonnateur de parcours, référent de parcours...

L'amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours de santé s'est traduite au fil des années à travers de nombreux textes de loi et plans nationaux : loi Santé du 26 janvier 2016, Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, plan «Ma santé 2022»...

Depuis la création des réseaux de soins en 1996, différentes structures ont été mises en place pour faciliter la coordination : Le parcours PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) prévu par l'article 48 de la LFSS pour 2013, le dispositif MAIA prévu par l'article 78-II de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, la plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (PTA) créée par l'article 74 de la loi Santé du 26 janvier 2016...

Ces différents dispositifs ont été unifiés depuis juillet 2022 au sein d'un dispositif unique créé par l'article 23 de la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 : le dispositif d'appui à la coordination (DAC), service dédié à l'appui aux parcours de santé pour les personnes en situation complexe. Le [décret n° 2021-295 du 18 mars 2021](#) vient préciser les missions et le fonctionnement de ce nouveau dispositif DAC.

L'accent a été également mis sur le développement de l'exercice coordonné des professionnels : la loi Santé du 26 janvier 2016 (art. 64 et 65) crée ainsi les équipes de soins primaires (EPS) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin d'assurer une meilleure structuration des parcours de santé. Le développement des CPTS a été confirmé par le plan « Ma santé 2022 » avec comme engagement la création de 1000 communautés à l'horizon 2022 et par le Ségur de la santé qui prévoit la mise en place d'un mécanisme de bonus financier pour les soutenir.

D'autres outils participent par ailleurs à l'amélioration du parcours du patient : le partage d'information avec notamment le dossier médical partagé ou bien encore les nouveaux modes de paiement. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Ce dossier propose des ressources documentaires (ouvrages, rapports, articles, actes de congrès...) sur la notion de parcours et les dispositifs autour de la coordination. Il rappelle également le cadre (définitions, repères chronologiques, textes juridiques) et présente des sources complémentaires (communiqués de presse, sites internet...). Le sujet étant complexe et large, **ce dossier est loin d'être exhaustif. Il a pour objectif d'offrir une «porte d'entrée»** sur cette thématique et aborde les dispositifs nouvellement créés (DAC, communauté 360...) ainsi que ceux en cours de transformation (MAIA, PAERPA...).

# Sommaire du dossier

<b>Quelques éléments de définition</b>	4
<b>Repères chronologiques</b>	7
<b>Cadre juridique</b>	10
<b>Sélection bibliographique</b>	13
<b>Analyse générale sur les parcours et la coordination</b>	13
Ouvrages, Rapports	13
Articles, numéros spéciaux	15
<b>Analyse générale sur l'intégration des services et les plateformes de services</b>	17
<b>Les dispositifs de coordination selon les populations</b>	19
Pour les parcours de santé complexes, sans distinction d'âge ou de pathologie : le dispositif d'appui à la coordination (DAC)	19
Le patient hospitalisé : l'interface Ville/hôpital	21
<i>Retour à domicile : zoom sur le PRADO</i>	21
<i>Des exemples de réalisation</i>	22
Le parcours de la personne handicapée	24
<i>Etudes générales</i>	24
<i>Les communautés 360</i>	26
<i>La démarche «Une réponse accompagnée pour tous»</i>	26
<i>Le dispositif intégré des ITEP</i>	28
<i>L'équipe relais handicaps rares</i>	29
<i>Des exemples de réalisation</i>	30
Le parcours de la personne en psychiatrie et santé mentale	31
Le parcours de la personne vieillissante	34
<i>Etudes générales</i>	34
<i>Retour sur les anciens dispositifs : PAERPA, MAIA</i>	35
<i>Plateforme d'expertise gérontologique, centre de ressources territorial, Ehpad hors les murs : Un nouveau modèle de coordination ?</i>	39
<i>Des exemples de réalisation</i>	40

Autres populations	41
<i>Périnatalité</i>	41
<i>Enfance</i>	42
<i>Précarité</i>	42
<b>Les modes d'exercice coordonnés</b>	43
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé et Equipe soins primaires	43
Centres et Maisons de santé	45
<b>Quels outils pour la coordination ?</b>	47
Le numérique en santé et le programme e-parcours	47
Le partage d'information et le dossier médical partagé	49
Le financement et les modes de paiement de la coordination	49
<i>Où l'on parle du projet SERAFIN-PH</i>	50
<i>Où l'on parle de l'article 51 de la LFFS 2018</i>	51
<b>Quels impacts sur les métiers et les relations entre professionnels ?</b>	53
<b>Regards étrangers</b>	57
<b>Autres ressources</b>	59
Communiqués de presse et dépêches	59
Sites internet	60
Bibliographies	60
Vidéos, webconférences	61

# Quelques éléments de définition

## Autour des notions d'intégration et de parcours

### ***Intégration***

L'intégration est définie comme un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ces techniques peuvent porter sur le financement, l'organisation administrative et les soins. A l'inverse de la coordination entre organisations, qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant.

*Définition extraite du [site de la Haute Autorité de santé](#), document «*Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux - Fiche points clés et solutions*», septembre 2014*

### ***Parcours***

Les parcours de soins : ils sont la réponse aux besoins sanitaires. Ils intègrent donc les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premiers recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée...). Les parcours de santé : ils sont la réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Ce sont donc les parcours de soins articulés avec d'une part les actions de prévention et d'autre part l'accompagnement médico-social et social, et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, services à domicile...). Les parcours de vie : ils sont la réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Ils intègrent donc les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique, l'entourage familial

*Définition extraite de la [revue ADSP, n° 88](#), septembre 2014, «*Les parcours, une nécessité / Élisabeth Féry-Lemonnier*», pp.13-14*

## Les dispositifs de coordination actuels

### ***CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé***

Les communautés professionnelles territoriales de santé émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle. C'est en cela que la démarche projet se distingue de celle des ESP qui apporte des améliorations aux besoins d'une population déjà connue des acteurs de l'ESP ou faisant potentiellement partie de leur patientèle. Elles rassemblent selon la nature des projets des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné. Les regroupements de professionnels de santé, qui avant la publication de la LMSS, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L.6323-4 du code de la santé publique, deviennent automatiquement, et sauf opposition de leur part, des CPTS.

*Présentation extraite de la [circulaire DGOS du 2 décembre 2016](#) relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pp.3-4, Source Légifrance*

### ***Communauté 360***

La création des communautés 360 a été annoncée par le président de la République lors de la conférence nationale du handicap (CNH) le 11 février 2020, afin d'apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs aidants. Les missions confiées à la communauté 360 viennent compléter la RAPT en fédérant les acteurs du droit commun afin d'agencer des solutions concrètes inclusives en proximité du lieu de vie des personnes en situation de handicap et de prévenir les risques de rupture de parcours en développant « l'aller vers » auprès des personnes sans solution. La communauté 360 s'inscrit ainsi dans l'écosystème préexistant, en faisant le lien entre tous les acteurs : ceux du droit commun qu'elle fédère et les acteurs spécialisés (dispositifs d'appui à la coordination, équipes mobiles, équipes relai handicaps rares, pôle de compétences et de prestations externalisées, plateforme de répit, établissements et services médico-sociaux, plateforme emploi accompagnée...) en centrant sa réponse sur les besoins et le projet de la personne ou de ses aidants.

*Présentation extraite de la [circulaire du 30 novembre 2021](#) relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360, Source Bulletin officiel santé n°2021/24 du 31 décembre 2021*

## DAC : dispositif d'appui à la coordination

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes intègrent l'ensemble des dispositifs de coordination existants : les réseaux de santé, les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), les plateformes territoriales d'appui (PTA), les coordinations territoriales d'appui (CTA) de l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) peuvent également rejoindre ce dispositif sur décision du conseil départemental. Cette démarche d'unification des dispositifs d'appui à la coordination participe de la volonté de simplifier et de mieux structurer les parcours des personnes. Les DAC agissent à 3 niveaux : appui aux professionnels, accompagnement des personnes, participation à la coordination territoriale.

| Présentation extraite du site de la [CNSA](#), juin 2023

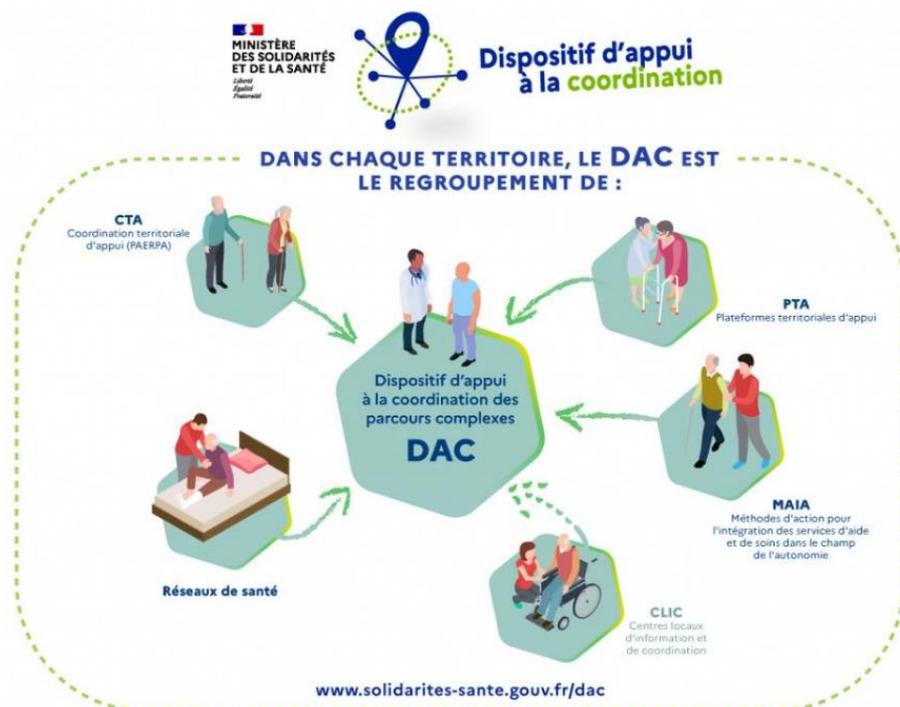


Illustration issue du site du [Ministère de la Santé](#)

## ESP : Equipe de Soins Primaires

Les Equipes de Soins Primaires (ESP) sont un mode d'organisation coordonné, conçu par des professionnels de santé. Elles fédèrent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste, qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients. Elles se situent à l'échelle de la patientèle. Il n'est pas établi de norme concernant le statut juridique des ESP. Elles peuvent prendre la forme de structures d'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou les centres de santé (CDS). Elles peuvent également revêtir d'autres formes de coopération, plus légères.

| Présentation extraite de la [circulaire DGOS du 2 décembre 2016](#) relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), p.2, source [Légifrance](#)

## PRADO

Prado, le service de retour à domicile des patients hospitalisés, a été initié par l'Assurance Maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Initié pour les sorties de maternité, le service a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, et après exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en 2015. Aujourd'hui, le service est aussi progressivement proposé après une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC) et aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit le motif de leur hospitalisation.

| Présentation extraite du site [Ameli.fr](#), rubrique Médecin/ Votre exercice libéral/Prado, le service de retour à domicile, avril 2023

## Les dispositifs de coordination antérieurs au DAC

### MAIA

La mesure 4 du Plan national Alzheimer prévoit le développement des MAIA qui visent à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. L'enjeu est de parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs familles face à une multitude de services présents sur les territoires mais insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge suffisamment coordonnée. Le dispositif MAIA s'appuie sur une structure existante (d'accueil, d'orientation, de coordination) pour construire, avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial. Loin de superposer un dispositif à un autre, les MAIA décloisonnent le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le secteur social et organisent leur coopération, selon un processus établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes.

| Présentation extraite de la *circulaire CNSA du 10 janvier 2013*, source *Légifrance*

### PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

Prévus par l'article 48 de la LFSS pour 2013, les parcours pilotes Paerpa s'adressent aux personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire pilote dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Ils ont pour but de leur permettre de bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels avec les bonnes informations, dans les bonnes structures, et le tout au meilleur coût. La démarche promeut une action en amont du risque de perte d'autonomie en agissant notamment sur les quatre motifs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée : dépression, iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, chutes. Le rapprochement et la mise en cohérence des approches sanitaires, médico-sociales et sociales s'effectuent dans le cadre d'une coordination territoriale d'appui (CTA). Celle-ci n'entraîne pas la création d'une nouvelle structure mais repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (MAIA, CLIC, réseaux, filières, structures d'exercice coordonnées,...). La «coordination clinique de proximité» est au cœur du dispositif envisagé : elle rassemble, sous l'égide du médecin traitant qui a la charge de l'organiser, un ou plusieurs professionnels de santé et élabore le volet soins du plan personnalisé de santé (PPS), qui peut être complété, si besoin par un volet «aides».

| Présentation extraite du *Cahier des charges PAERPA 2<sup>ème</sup> génération*, Ministère des solidarités et de la santé, 2016

### PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ont été créées pour apporter un soutien aux professionnels de ville dans l'organisation des parcours de santé complexes. Sans distinction d'âge ni de pathologie, elles peuvent apporter 3 types de services : -Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire -Appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements -Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Ce dispositif, propre à chaque territoire, est organisé par l'ensemble des acteurs locaux : professionnels libéraux et plus largement de ville, acteurs du domicile, réseaux de santé, gestion de cas au sein des MAIA, établissements sanitaires, établissements sociaux et médico-sociaux, représentants des usagers, collectivités locales.

| Présentation extraite du *Guide Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France*, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, octobre 2017, p.37

# Repères chronologiques

---

## 1996 Réseaux de soins

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article 29) autorise les établissements de santé à constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article 6) prévoit l'expérimentation pendant 5 ans de formes nouvelles de prise en charge des patients : des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques

## 2000 Naissance des CLIC

Mise en place de 25 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pilotes. Leurs missions : lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes âgées et de leur entourage, lieu d'information et guichet d'entrée unique, lieu de coordination des dispositifs existants permettant l'élaboration d'un plan d'aide pour les personnes âgées sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire

- Circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

## 2001 Développement des CLIC

Phase opérationnelle de développement des centres d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et implantation de 140 nouveaux sites

- Circulaire DGAS/AVIE/2 C n°2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

## 2002 Réseaux de santé

L'article 84 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit un article L.6321-1 dans le code de la santé publique qui définit le rôle et le fonctionnement des réseaux de santé

## 2004 Parcours de soins coordonnés

Mise en place du parcours de soins coordonnés par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont l'article 7 lie la coordination des soins et la désignation par chaque assuré d'un médecin traitant

## 2005 Création des MDPH

Les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées (MDPH) sont créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005. Elles exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. Au sein de chaque maison, une équipe pluridisciplinaire est chargée d'évaluer les besoins de compensation

- Article 64 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005

## 2007 Maisons de santé

Les maisons de santé sont introduites dans le code de la santé publique (article L.6323-3) par la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

## 2008 Création des MAIA

Le 3<sup>ème</sup> Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 propose la création d'un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social intitulé : les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA). Ces maisons doivent permettre la prise en charge multidisciplinaire avec un lieu repère unique ouvrant sur le réseau de coordination. Une phase d'expérimentation est lancée dans plusieurs départements à partir de structures déjà existantes (CLIC, MDPH)

- Mesure n°4 du 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer

<b>2010</b> Reconnaissance des MAIA	Reconnaissance des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) <b>par l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010</b> de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui modifie l'article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles
<b>2013</b> Expérimentation des PAERPA	<b>L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012</b> de financement de la sécurité sociale pour 2013 ouvre, à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2013, des expérimentations pour la mise en place de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) suite aux préconisations des rapports de 2010 et 2011 du HCAAM. Le programme a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées à travers notamment le renforcement de la prise en charge coordonnée qui s'appuie sur une coordination clinique de proximité (CCP) et une coordination territoriale d'appui (CTA)
<b>2014</b> Mise en œuvre régionale PAERPA	Mise en œuvre des projets pilotes PAERPA dans 9 régions : Aquitaine, Bourgogne, Centre, Ile de France ; Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de Calais et Pays de Loire <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arrêté du 8 octobre 2014</b></li> </ul>
<b>2015</b> Réponse accompagnée pour Tous	Annonce du déploiement de la démarche «Une réponse accompagnée pour tous» (RAPT) suite aux recommandations émises par Denis Piveteau dans son rapport « <b>Zéro sans solution</b> » <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Article du Ministère de la santé, décembre 2015</b></li> </ul>
Création Maison autonomie et modification des MAIA : Loi ASV	<b>L'article 77 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015</b> relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite loi "ASV" élargit le champ des MAIA : suppression de la notion de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer pour élargir à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie. MAIA ne signifie plus «maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer» mais «méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie». La loi ASV ( <b>article 82</b> ) donne également un cadre légal aux Maisons départementales de l'autonomie (MDA), guichet unique facultatif à destination des personnes âgées et handicapées
<b>2016</b> Création EPS, CPTS, PTA et base légale démarche RAPT : Loi santé	<b>La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016</b> de modernisation de notre système de santé consacre son titre II aux parcours de santé et introduit différentes mesures pour mettre en œuvre le décloisonnement entre sanitaire et médico-social <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'article 64</b> crée des <b>équipes de soins primaires</b> : regroupant un ensemble de professionnels de santé autour de médecins généralistes de premier recours, l'ESP contribue à la structuration des parcours de santé et à une meilleure coordination des acteurs. Elle peut prendre la forme notamment de maisons ou de centres de santé</li> <li>• <b>L'article 65</b> crée les <b>communautés professionnelles territoriales de santé</b> : des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en CPTS de santé afin d'assurer une meilleure coordination de leur action. La loi prévoit la transformation des pôles de santé en communautés</li> <li>• <b>L'article 74</b> crée les <b>plateformes territoriales d'appui (PTA)</b> : constitué par l'agence régionale de santé, le dispositif contribue à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours de santé complexes nécessitant l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux</li> <li>• <b>L'article 89</b> donne une assise législative à la <b>démarche «Une réponse accompagnée pour tous»</b> avec l'élaboration d'un plan d'accompagnement global par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour les personnes handicapées se trouvant sans solution adaptée ou en risque de rupture de parcours</li> <li>• <b>L'article 91</b> donne une base légale au fonctionnement des <b>ITEP en dispositif intégré</b> : l'objectif est de proposer une organisation destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes accueillis</li> <li>• Les <b>articles 95 et 96</b> facilitent le partage de l'information</li> </ul>

<b>2016</b> Généralisation des PAERPA	Généralisation du dispositif PAERPA à l'ensemble des régions en 2016. L'extension 2016 s'inscrit dans le cadre du Pacte territoire santé 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Cahier des charges sur l'extension des Paerpa, mars 2016</a></li> </ul>
<b>2017</b> Transversalité/Continuité parcours Objectifs de la SNS	Adoption fin décembre 2017 de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) qui prévoit, dans son axe 3, l'amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours de santé <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Stratégie nationale de santé 2018-2022</a></li> </ul>
Expérimentation innovations LFSS 2018	L'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits pour décloisonner le système de santé et inciter à la coopération <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Circulaire n°2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018</a></li> </ul>
<b>2018</b> Décloisonnement soins Plan «Ma santé 2022»	Présentation le 18 septembre de la stratégie de transformation du système de santé avec un objectif principal, le décloisonnement, et 3 engagements prioritaires : - Placer le patient au coeur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme -Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité -Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé. Parmi les engagements : création de 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2022 et 2 000 structures d'exercice coordonné conventionnées dans les 5 ans, mise en œuvre des parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose et élargissement de la démarche aux principales pathologies chroniques pour fin 2019, création de financements au forfait pour les pathologies chroniques... <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Dossier de presse du 18 septembre 2018</a></li> </ul>
Financement pathologies Prolongation des PAERPA	La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 prévoit le financement forfaitaire des pathologies chroniques (art. 38) et la réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles créé par l'article 51 du PLFSS 2018 (art. 39) L'arrêté du 20 décembre 2018 prolonge l'expérimentation des PAERPA jusqu'au 31 décembre 2019 et publie un nouveau cahier des charges
<b>2019</b> Fusion dispositifs d'appui coordination avec un dispositif unique (DAC)	La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé fusionne les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (art. 23) et rénove le dispositif encadrant les protocoles de coopérations interprofessionnelles institués par la loi HPST du 21 juillet 2009 (art. 66)
<b>2020</b> Création des Communautés 360	La création des Communautés 360 a été annoncé par le Président de la République lors de la Conférence Nationale du Handicap le 11 février 2020, afin d'apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs familles
<b>2021</b> Missions et statut fiscal des CPTS	L'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, prise en application de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, concrétise des engagements pris au sein de la stratégie de transformation du système de santé "Ma Santé 2022" et du Ségur de la santé. Elle pour objet de favoriser le développement de l'exercice coordonné et prévoit un assouplissement de l'encadrement de cet exercice tant du point de vue juridique que fiscal. Elle définit notamment les différentes missions de service public qui sont assurées par les CPTS et précise les aides spécifiques dont elles bénéficient.

## *Le parcours de santé dans la définition de la politique de santé*

Article [L1411-1](#) du code de la santé publique

### *Coordination des actions sociales et médico-sociales*

Articles [L312-6](#) à [L312-7-1](#) du Code de l'action sociale et des familles

### *Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes*

Articles [L6327-1](#) à [L6327-7](#) du code de la santé publique

Articles [D6327-1](#) à [D6327-6.-I](#) du code de la santé publique

[Note d'information N° DGOS/PF3/2023/128 du 1er août 2023](#) relative à l'actualité des dispositifs d'appui à la coordination, Bulletin officiel Santé n° 2023/15 du 16 août 2023

### *Coordination des parcours des personnes âgées*

Article [D312-155-0](#) du Code de l'action sociale et des familles

[Instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023](#) relative aux autorisations d'engagement de dépenses pour les centres de ressources territoriaux pour les personnes âgées et les services infirmiers à domicile, Bulletin officiel Santé n° 2023/14 du 31 juillet 2023

[Instruction N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022](#) relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs, Bulletin officiel Santé n°2022/8 du 31 mars 2022

[Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021](#) relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées, Bulletin officiel Santé n°2021/24 du 31 décembre 2021

[Instruction N° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022](#) relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées, Bulletin officiel Santé n° 2022/12 du 31 mai 2022

[Instruction N°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017](#) relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées, source Légifrance

[Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007](#) relative à la filière de soins gériatriques

### *Coordination des parcours des personnes handicapées*

Article [L114-1-1](#) et [L146-8](#), Articles [R146-28](#) à [D146-29-3](#) du Code de l'action sociale et des familles

Articles [L312-7-1](#) et [D312-59-3-1](#) du Code de l'action sociale et des familles

[Circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023](#) relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023, Bulletin Officiel Santé n°2023/23 du 15 décembre 2023

[Circulaire N° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021](#) relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360, Bulletin Officiel Santé n° 2021/24 du 31 décembre 2021

[Instruction N° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017](#) relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD, source Légifrance

[Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017](#) relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution

de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en oeuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016, Bulletin Officiel Santé n°6 du 15 juillet 2017

**Instruction N° DGCS/SD3B/CNSA/SGMCAS/2016/321 du 23 septembre 2016** relative à l'appui aux MDPH dans le déploiement de la démarche «une réponse accompagnée pour tous», source Légifrance

**Instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016** relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap, source Légifrance

### ***Autres populations et exemples de parcours coordonnés***

**Instruction N° DGOS/R4/2023/143 du 20 septembre 2023** relative à l'organisation de filières dédiées à la prise en charge de l'obésité et au cahier des charges des centres spécialisés de l'obésité (CSO), Bulletin officiel Santé n° 2023/18 du 29 septembre 2023

**Arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2021** relatif à l'expérimentation « RéPAP : Référent Parcours Périnatalité », JORF n°0053 du 3 mars 2023

**Instruction N° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023** relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité, Bulletin officiel Santé n° 2023/15 du 16 août 2023

**Arrêté du 28 juin 2023** relatif à l'expérimentation « Prévention de l'IRCT, de la suppléance rénale et optimisation de ces prises en charge par le suivi pluri professionnel en secteur ambulatoire de patients présentant une maladie rénale aux stades 3b, 4 et 5 », dénommée PRO IRC, JORF n°0152 du 2 juillet 2023

**Arrêté du 1er mars 2021** relatif à l'expérimentation « Gestion du parcours de santé dans l'obésité (GPSO) », JORF n°0064 du 16 mars 2021

**Arrêté du 28 janvier 2020** relatif à l'expérimentation d'un parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique, JORF n°0028 du 2 février 2020

### ***Protocoles de coopération entre professionnels de santé***

Articles L4011-1 à L4011-5 du code de la santé publique

**Instruction N° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021** relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés, Bulletin Officiel Santé n°8 du 17 mai 2021

### ***Equipe de soins primaires, Communauté professionnelle territoriale de santé***

Articles L1411-11-1 et Articles L1434-12 à L1434-13 du Code de la santé publique

**Instruction N° DGOS/R5/CNAM/2023/156 du 9 octobre 2023** relative aux modalités de couverture du territoire par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Bulletin Officiel Santé n° 2023/19 du 16 octobre 2023

**Instruction n°DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019** portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé, Bulletin Officiel Santé n°11 du 15 décembre 2019

**Instruction N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016** relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), source Légifrance

### ***Psychiatrie, Projet territorial de santé mentale***

Article L3221-2 et Articles R3224-1 à R3224-10 du Code de la santé publique

**Instruction interministérielle N° DMSMP/SGMCAS/Pôle Santé-ARS/DGS/SP4/DGOS/R4/DGCS/SD3B/DSS/1A/2023/179 du 28 novembre 2023** relative au suivi du déploiement territorial et au renforcement du pilotage national de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Bulletin Officiel Santé n°2023/23 du 15 décembre 2023

**Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019** relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, Bulletin Officiel Santé n°2 du 15 mars 2019

Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, source Légifrance

### *Partage d'informations entre professionnels, Numérique*

Article L1110-4 et Articles R1110-1 à D1110-3-4 du Code de la santé publique

Article L1112-1 et Articles R1112-1-1 à R1112-1-2 du Code de la santé publique

Note d'information N° DGOS/PF5/CNAM/2021/216 du 10 décembre 2021 actualisant l'instruction N° DGOS/PF5/2019/129 du 24 mai 2019 relative à la mise en œuvre du programme e-parcours, en lien avec le déploiement du volet numérique du Ségur, source Ministère de la santé

Instruction no DGOS/PF5/2019/129 du 24 mai 2019 relative à la mise en oeuvre du programme e-parcours, Bulletin Officiel santé n°7 du 15 août 2019

Instruction N° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions, source Légifrance

## Analyse générale sur les parcours et la coordination

### Ouvrages, Rapports

**Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale** [Ouvrage] / Loubat, Jean-René.- 3<sup>e</sup> édition - Paris (FRA) : Dunod, 2022, 264p. [HY80/0030](#)



**Résumé :** Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont passés en quelques décennies d'une logique institutionnelle à un recentrage sur la personne, son parcours et son environnement. Aider une personne à autodéterminer et réaliser son projet de vie via un plan d'accompagnement personnalisé, telle est la vocation des dispositifs d'aujourd'hui, véritables plates-formes de service centrées sur le développement personnel et la promotion sociale de leurs bénéficiaires. Dans la filiation du Case management, la « coordination ou la facilitation des parcours » constitue une fonction émergente pleine d'avenir, une nouvelle façon de travailler pour de nombreux praticiens. Ayant théorisé cette fonction et animé des formations depuis de nombreuses années sur la question, Jean-René Loubat propose un véritable manuel à tous ceux qui occupent – ou souhaitent occuper – cette fonction en abordant toutes les étapes concrètes de la coordination de parcours et de plans d'accompagnement : depuis l'accueil, la consultation des attentes et des besoins (en référence avec SERAFIN-PH), l'élaboration d'un plan d'action, sa négociation, son suivi et sa co-évaluation.

**Pour une (vraie) transformation de l'offre dans le champ du handicap et du grand âge sans "rupture de parcours" / Bloch, Marie-Aline, Rapegno, Noémie, collab. - Paris (FRA) : CNSA, 2022/08, 152p. [HY80/0032](#) Document papier et en ligne sur le site du CNSA**



**Résumé :** Ce rapport est le fruit du travail de recherche des équipes de l'EHESP, conduit de 2016 à 2022 dans le cadre d'une convention avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Il a pour objectif de donner des éclairages sur quelques points névralgiques dans la transformation de l'offre à destination des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie, pour qu'elles se sentent vraiment chez elles dans leur habitat, qu'elles bénéficient d'un réel pouvoir d'agir et d'un parcours plus inclusif. Pour ce faire, l'équipe de recherche a cheminé à travers les grands univers qui composent le système de santé et d'accompagnement : celui des pouvoirs publics, celui des personnes concernées et de leur entourage, et celui des professionnels et de leurs responsables. Grâce à une douzaine d'études, elle a pu recueillir et confronter les points de vue de ces divers acteurs et observer les personnes bénéficiant de nouvelles offres de service à domicile ou d'habitats alternatifs.

**Dispositifs de coordination : En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires** [Rapport] / Bloch, Marie-Aline - Paris (FRA) : CNSA, 2022/06, 63p. [HY80/0031](#) Document papier et en ligne sur le site du CNSA



**Résumé :** Depuis plus de 20 ans se sont succédées des réformes qui ont permis la mise en place de nouveaux dispositifs de coordination avec des visées à chaque fois plus ambitieuses : CLIC et réseaux de santé, MAIA, PAERPA, PTA, et maintenant les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) depuis 2019, appelés à simplifier l'écosystème devenu très complexe et souvent surnommé « le mille-feuille à la française ». S'est dessiné ainsi une trajectoire de réformes que l'on peut considérer comme inachevées, sachant qu'aucun des dispositifs de coordination mentionnés ci-dessus n'a pu aller jusqu'au bout des objectifs qui lui avaient été fixés. Ce rapport retrace tout d'abord l'histoire des politiques publiques des dispositifs de la coordination. Puis, il examine le déploiement très disparate de ces dispositifs (CLIC, réseaux de santé, PTA) et des DAC sur les territoires. Enfin, il se penche les enjeux des nouvelles fonctions/métiers avec les coordonnateurs de parcours (agissant auprès des personnes, assurant la coordination clinique : exemple des référents de parcours de santé complexes ou des gestionnaires de cas) et les coordonnateurs d'innovation (agissant au niveau institutionnel, assurant la coordination territoriale : exemple des directeurs de DAC ou des chargés d'animation territoriale).

**Structurer les parcours de soins et de santé : Politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi Santé**  
[Ouvrage] / Aissou, Mourad, Danos, Jean-Pierre, Jolivet, Alexia- 2e édition. - Bordeaux (FRA) : LEH Edition, 2020, 325p.  
[BA40/0342](#)



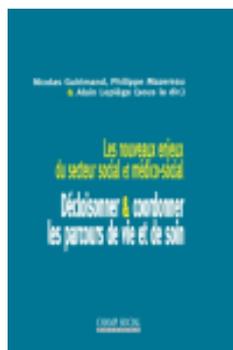
**Résumé :** Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'après des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. Après un rappel des évolutions de ces dernières années et des enjeux des différents textes législatifs (loi de santé, loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), cet ouvrage clarifie les notions de base en matière de parcours de soins et de santé et propose des méthodologies, outils et retours d'expérience autour de ces parcours. L'amélioration du chemin clinique et la gestion des flux au sein des établissements de santé sont notamment décrits ainsi que la mise en oeuvre de parcours coordonnés tels que le PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ou le PRADO (Programme de retour à domicile).

**Le patient et le système : En quête d'une organisation sur mesure - Approches innovantes du parcours de santé**  
[Ouvrage] / Minvielle, Etienne - Paris (FRA) : Seli Arslan, 2018, 288p. [BL30/0539](#)



**Résumé :** Les patients perçoivent bien aujourd'hui que leur prise en charge dépend de l'organisation entre professionnels de santé. Leur parcours les conduit ainsi à rencontrer leur médecin traitant et d'autres professionnels de la santé en ville ou à domicile, et à fréquenter les établissements de soins, les interventions se multipliant. Nombreux sont ceux qui estiment pourtant que le système n'est pas optimal. Professionnels et managers du secteur de la santé partagent souvent ce constat d'une dégradation de l'organisation des soins, et déplorent la lenteur des changements, malgré des innovations locales. Ce livre explore les raisons de cette situation et propose des pistes pour améliorer l'organisation du parcours de santé des patients. L'approche managériale envisagée a pour objectif de parvenir à gérer la singularité à grande échelle (GERS). Le GERS constitue une forme d'organisation destinée à coordonner des actions réalisées à l'heure actuelle de manière indépendante le long du parcours du patient. Cette conception managériale répond à l'objectif de rendre l'organisation des parcours de patients plus coordonnée et personnalisée.

**Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin**  
[Ouvrage] / Guirimand, Nicolas, dir., Mazereau, Philippe, dir., Leplège, Alain, dir. - Nîmes (FRA) : Champ social, 2018, 241p. [HY80/0017](#) Document papier et en ligne sur Cairn



**Résumé :** La notion de parcours de vie rend compte de l'individualisation croissante des réponses apportées aux situations de handicap, de maladie chronique, de vieillissement. Elle suppose une transformation profonde des modalités d'organisation des secteurs médico-social, sanitaire, éducatif. Accompagner les personnes dans l'élaboration de leur parcours de vie et favoriser leur accès au droit commun suppose de les aider à s'autonomiser et à trouver des réponses à leurs besoins et attentes. Cela suppose de s'écarter de raisonnements exclusivement catégoriels. Ces transformations ont été jusqu'ici analysées en termes organisationnels. Or la coopération nécessite d'être pensée au point d'intersection entre les intérêts et les enjeux identitaires des agents inscrits dans ces nouvelles configurations où la complémentarité des rôles redéfinit les relations de légitimité entre des savoirs professionnels et profanes. Dans ce moment de réorganisation des politiques sanitaires et sociales, la coordination des parcours de vie appelle donc une exploration multidimensionnelle. Cet ouvrage, issu d'un colloque international tente d'apporter des éléments de compréhension en mettant en regard des apports de recherches et des restitutions d'expériences. La première partie pose le cadre d'une réflexion critique et théorique sur les parcours, les partenariats, la coopération, la collaboration et la coordination. Les suivantes traitent, tour à tour, de la diversité des approches visant à construire les parcours des personnes malades chroniques/vieillesseuses/handicapées, de la pluralité des configurations pour produire une action collective, des transformations identitaires et professionnelles que produisent la coordination et enfin des dispositifs innovants censés améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

**Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social** [Ouvrage] / Bloch, Marie-Aline, Hénaut, Léonie - Paris (FRA) : Dunod, 2014, 315p. [FD10/0697](#) Document papier et en ligne sur Cairn



**Résumé :** Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination en France dans plusieurs domaines d'intervention (gérontologie, santé mentale, handicap, cancer, maladies rares, accident cérébral), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés. À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les facteurs de succès pour la mise en place de dispositifs de coordination pérennes sont ensuite mis en évidence. L'innovation se révèle être le produit des interactions entre initiatives locales et directives nationales. Enfin, l'ouvrage propose une typologie des nouveaux professionnels de la coordination (gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de mission...) et souligne notamment le rôle clé joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

**Évaluation de la coordination d'appui aux soins** [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA), Blanchard, Philippe, Eslous, Laurence - Paris (FRA) : La Documentation Française, 2014/12, 123p. [BA40/0330](#) Document papier et en ligne sur le site de l'IGAS



**Résumé :** La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a demandé au chef de l'Inspection générale des affaires sociales, par lettre du 20 janvier 2014, de diligenter une mission chargée de "procéder à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées". Cette mission a été envisagée dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. La mission établit tout d'abord un diagnostic de la situation : elle montre que les organisations par pathologie ou par public (réseaux de santé, clic, MAIA...) se sont multipliées au gré des plans de santé publique et qu'on observe aujourd'hui une pléthore de structures, de fonctions et de processus avec un bilan très mitigé : structures redondantes pour une même population ou un même secteur, méthodes et procédures mal harmonisées, organisation coûteuse pour l'Etat, les collectivités territoriales et la sécurité sociale... Dans une dernière partie, le rapport propose une nouvelle organisation de la coordination d'appui aux soins, reposant sur l'initiative des médecins.

## Articles, numéros spéciaux

**Les structures de coordination des soins primaires en France** [Article] / Lessi, Jean *in* Sève les tribunes de la santé, n°78, décembre 2023, pp.65-74

**Résumé :** L'une des réponses aux multiples défis que rencontrent les soins primaires (enjeux de démographie professionnelle, médecine de parcours, territorialisation, place dans la gradation des soins, qualité des pratiques, etc.) au cours des deux dernières décennies a consisté à créer des structures ou cadres formalisés de coordination des intervenants. Ces nouvelles formes de coordination connaissent, pour certaines d'entre elles, une dynamique remarquable, et nourrissent une cinétique de coordination professionnelle aux implications plus vastes (délégation d'actes, etc.). Elles se sont toutefois ajoutées les unes aux autres, ou se sont succédé, à un rythme rapide, sans qu'un plan d'ensemble ait initialement présidé à leur développement, ce qui a pu soulever des interrogations sur leurs vocations respectives, et susciter une impression de chevauchement ou de concurrence. Un arrêt sur image est proposé pour en saisir l'architecture. Il est proposé schématiquement de distinguer des structures effectrices centrées sur une patientèle, les structures non effectrices centrées sur un territoire, et celles centrées sur les patients présentant des besoins particuliers.

**Parcours des usagers : sortir du dédale** [Article] / Delhon, Laetitia *in* Directions, n° 213, novembre 2022, pp.22-29

**Résumé :** Les dispositifs visant à coordonner l'action sociale, médico-sociale et sanitaire se multiplient depuis une quinzaine d'années. Mais l'ambition de simplification au bénéfice des parcours des publics est une gageure face aux problématiques de financement, de coopération sur des territoires hétérogènes et de compatibilité des outils numériques. Reste que les professionnels investissent et inventent.

**L'intégration des enjeux de la logique de parcours dans les politiques publiques en santé : une lecture au prisme des régimes de gouvernementalité** [Article] / Aubert, Isabelle; Kletz, Frédéric; Sardas, Jean-Claude *in* Gestion et management public, Vol. 10, n° 3, 2022, pp.11-34 [En ligne sur Cairn](#)

**Résumé :** Conçue en opposition à la logique à l'acte, la logique de parcours imprègne les réformes de l'organisation et du financement du système de santé français depuis une quinzaine d'années. Elle s'inscrit dans le prolongement des efforts menés depuis plusieurs décennies pour améliorer la continuité et la cohérence des prises en charge des patients. Notre objectif est d'analyser les évolutions de l'action publique sanitaire induites par la promotion de cette nouvelle approche, en caractérisant les éléments de continuité et de rupture par rapport à la doctrine et aux politiques publiques antérieures. Pour traiter ce sujet, nous mobilisons le cadre d'analyse foucauldien des « régimes de gouvernementalité », en privilégiant l'étude des instruments déployés par les pouvoirs publics. Nous

souhaitons montrer comment les politiques publiques sanitaires se cristallisent historiquement dans des régimes successifs, articulant le couplage entre une rationalité dominante et une instrumentation, et comment la logique de parcours s'inscrit dans ce mouvement. Notre méthodologie est qualitative, et s'appuie sur une étude longitudinale des politiques publiques sanitaires et une étude de cas sur le déploiement par une Agence Régionale de Santé d'un outil numérique de coordination entre professionnels. Nos résultats mettent en lumière la succession historique de quatre régimes de gouvernabilité sanitaire, dont nous définissons les caractéristiques, ainsi que l'incomplétude et l'incohérence partielle du régime actuel, sous-tendu par la logique de parcours.

**Les liens ville-hôpital** [Article] / Hervo, Romaric, coord.; Chevillotte, Jérôme, coord. *in* Revue de l'infirmière, n°278, février 2022, pp. 15-31

**Résumé** : Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution des prises en charge ont conduit les pouvoirs publics à créer des dispositifs de coordination, notamment entre la ville et l'hôpital. Dans ce nouveau modèle, l'infirmière - quel que soit son secteur d'exercice - doit connaître ces évolutions et être un acteur à part entière du parcours du patient. Ce dossier revient sur l'évolution des dispositifs de coordination, de la création des réseaux de soins en 1996 à la création du dispositif d'appui à la coordination en 2019, et apporte un éclairage sur les communautés professionnelles territoriales de santé, le rôle de l'infirmier de coordination de parcours de soins et le service d'accès aux soins.

**Le parcours du patient** [Article] / Borgetto, Michel, coord.; Saison, Johanne; Théron, Sophie; Marin, Philippe; et al. *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 3, mai-juin 2021, pp.393-453

**Résumé** : Identifier ce que recouvre le parcours du patient, exposer comment se traduisent certains parcours spécifiques (parcours complexe, parcours en psychiatrie et santé mentale...) et quelles formes ils peuvent revêtir (pratique avancée exercée par les infirmières...), rechercher si et selon quelles modalités un « financement au parcours » pourrait refonder la prise en charge des usagers, étudier l'impact du parcours sur les droits du patient, ou encore examiner les transformations de la relation médicale dont il peut être porteur, tel est l'objet des contributions qui composent le présent dossier. Celles-ci sont issues d'une journée d'étude organisée à Toulouse, le 36 mars 2021, sous l'égide de l'Association française de droit de la santé (AFDS) et sous la direction scientifique de Sophie Théron.

**Accès aux soins : Quel remède miracle ?** [Article] / Delhon, Laetitia *in* Directions, n° 189, septembre 2020, pp.22-29

**Résumé** : Si la crise sanitaire a mis en lumière les défaillances de l'accès aux soins des publics vulnérables, le sujet est parfaitement connu du secteur social et médico-social qui en a fait un cheval de bataille. Renforcement de la prévention, meilleur accès aux droits, création de partenariats et innovations... prennent leur place dans un système de santé qui peine toujours à fluidifier les parcours. Pourquoi tant de lourdeurs ? De quelles marges de manoeuvre disposent les acteurs ? Ce dossier revient sur les problèmes d'accès aux soins pour les personnes vulnérables : personne handicapée, personne âgée, enfant placé, personne en grande précarité... Il met en lumière des initiatives pour y remédier : consultation dédiée, intervention d'équipes mobiles, mise en place de réseau santé solidarité, travail en coopération entre structures médico-sociales et hôpital de proximité...

**La coordination entre acteurs, enjeu de santé publique** [Extrait Ouvrage] / Mick, Gérard; Debellis, Mario; Weissmann, Marc; et al. *in* Organisation de l'efficacité des soins : L'ingénierie au service de la santé / Sarazin, Marianne, dir. - Londres [GBR] : ISTE Editions, 2019. – pp.23-38 [cote HM10/0015](#)

**Résumé** : L'un des défis en santé pour assurer une coordination entre les divers acteurs est la multiplicité des métiers, expertises et compétences nécessaires à la construction, avant même la mise en œuvre d'une prise en charge des personnes. Après un retour sur les notions de coordination, de parcours et de complexité, les auteurs identifient les éléments structurants sur les plans organisationnel et opérationnel nécessaires à la coordination des parcours.

**La coordination : une fonction à géométrie variable au service des logiques de parcours** [Numéro spécial] / Brandibas, Gilles; Eleta, Matthieu; Boukelal, Ali; et al *in* Cahiers de l'actif, n°504-507, mai-août 2018, pp.5-326

**Résumé** : La notion de "parcours" appréhendée comme l'un des nouveaux paradigmes de l'action sociale et médico-sociale, constitue l'une des pierres angulaires du "virage inclusif" opéré ces dernières années. Dans ce contexte, l'un des enjeux majeurs pour les multiples professionnels appelés à interagir autour de la personne dans une "logique de parcours", est de savoir mobiliser et assembler les ressources disponibles sur le territoire d'intervention afin de lui garantir un accompagnement global sans rupture. En ce sens, on peut considérer que l'émergence de la fonction de coordination dans le champ de l'action sociale et médico-sociale est le produit des évolutions en cours. Ce numéro des Cahiers de l'ACTIF a donc pour objet d'interroger d'un point de vue prospectif les évolutions possibles de la fonction de coordination prise dans ses différentes acceptions, au regard des mutations économiques et sociologiques qui traversent le champ de l'action sociale et médico-sociale. S'appuyant sur les expérimentations en cours, ce dossier vise aussi à témoigner des pratiques innovantes en matière de coordination et de la capacité des acteurs de terrain à promouvoir une réelle approche globale fondée sur une véritable logique de parcours.

**Du projet au parcours** [Numéro spécial] / Bouquet, Brigitte, coord., Jaeger, Marcel, coord., Dubéchet, Patrick, coord. *in* Vie sociale, n° 18, juin 2017, 210p. [Document papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Ce numéro de Vie sociale reprend la majorité des interventions d'un séminaire du Cnam sur le parcours organisé par la chaire de travail social et d'intervention sociale, le Laboratoire interdisciplinaire de sociologie économique (lise) et le Groupement de recherches d'Ile-de-France (grif) et ajoute des auteurs donnant des éclairages complémentaires. Il s'interroge sur : qu'entend-on par « parcours » ? Quelles catégories d'analyse et quelles notions utiliser pour saisir les parcours de vie ? En quoi et comment la notion de parcours renouvelle-t-elle les postures et la pratique professionnelles ? Ce numéro y répond en trois parties : la première analyse les enjeux conceptuels et politiques ; puis quelques pratiques de parcours et projets sont présentées ; enfin sont posées de nouvelles interrogations.

**Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins ? [Article] / Yatim, Fatima; Minvielle, Etienne**  
*in* Politiques et management public, vol. 33, n° 1, janvier-février-mars 2016, pp.27-48

**Résumé :** La coordination des soins est un enjeu de politiques publiques avec des implications sanitaires, sociales et économiques majeures. En France comme dans d'autres pays, de nombreuses réformes structurelles ont été mises en place. L'objectif premier de ces réformes est d'assurer pour les patients des parcours mieux coordonnés, voire intégrés. Or, les différentes expérimentations menées montrent que le levier structurel est insuffisant et qu'une meilleure prise en compte des dynamiques locales est indispensable. Partant de ce constat, le but de cet article est de mieux comprendre ces dynamiques locales et les besoins qui s'en déduisent en matière d'action publique. Pour ce faire, les auteurs se basent sur l'étude d'une initiative locale, le dispositif «Parcours de Soins coordonné – PSC» mis en place dans un établissement d'oncologie. Cette étude de cas leur permet de montrer les différents enjeux liés à la mise en œuvre d'un dispositif de coordination lorsque l'on se situe à l'échelon local. Ils en dégagent les implications en termes d'action publique, en proposant un modèle adapté à la coordination des soins : si la dynamique des acteurs de terrain est fondamentale, elle ne peut se concrétiser qu'en lien avec une action publique accompagnatrice, dans un cadre structurel intégrateur et avec un objectif d'évaluation réfléchi en amont.

**Parcours de soins - Parcours de santé [Numéro spécial] / Michel, Philippe, coor.; Varroud-Vial, Michel, coor.; François, Patrice, coor.; Moret, Leila, coor.; Fabry, Jacques, coor.** *in* Risques et qualité en milieu de soins, vol. 12, n° 3, septembre 2015, 88p.

**Résumé :** Dédié aux parcours de santé, ce numéro spécial se penche sur la coordination de l'ensemble des acteurs du soin autour de et avec la personne soignée à travers une quarantaine de contributions. Il présente tout d'abord des réflexions générales autour de la refonte des parcours de santé en soulignant les enjeux et les implications au niveau des pratiques et des organisations, à travers notamment la mise en place d'une culture collaborative, le développement d'un système d'information partagé, la création de nouveaux métiers..... Puis, il illustre le propos par de multiples expériences nationales, régionales ou locales : le dispositif Paerpa de la direction de la sécurité sociale, le programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation de la CNAMTS, la méthode du patient-traceur de la HAS, la plateforme opérationnelle de sortie au CHU de Nîmes... Des situations et problématiques spécifiques sont traitées à travers ces exemples : la coopération ville-hôpital, la coopération EHPAD-hôpital via la télémédecine, la préparation de sorties hospitalières complexes, l'insuffisance cardiaque, les plaies chroniques...

**Parcours de santé : enjeux et perspectives [Article] / Féry-Lemonnier, Elisabeth; Monnet, Élisabeth; Prisse, Nicolas; et al.** *in* ADSP Actualité et dossier en santé publique, n° 88, septembre 2014, pp.11-56 [Document papier et en texte intégral sur le site du HCSP](#)

**Résumé :** La notion de «parcours» est de plus en plus fréquemment utilisée par les acteurs du système de santé. Elle répond à la nécessité de modifier notre système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution des besoins de la population. Quels sont les types de parcours? Peuvent-ils contribuer à améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé? Sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé? Quelles sont les expériences locales menées ces dernières années? Ce dossier revient sur la notion de parcours et examine ses enjeux et sa mise en œuvre sur le terrain.

## Analyse générale sur l'intégration des services et les plateformes de services

**Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale [Ouvrage] / Loubat, Jean-René, Hardy, Jean-Pierre, Bloch, Marie-Aline.** - 2e édition. - Paris (FRA) : Dunod, 2022, 393p. [HY80/0027](#)



**Résumé :** Les secteurs de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale de notre pays vivent une mutation historique qui réinterroge puissamment leurs orientations et leurs modes de réponses comme leurs modèles d'organisation et de management. Accès au droit commun, logique de parcours inclusif et de territoire, autodétermination et projet de vie sont les nouveaux paradigmes de cette transformation sollicitant de nouvelles organisations en lieu et place des établissements traditionnels : des plateformes de services, plus souples et plus adaptatives, plus aptes à répondre aux nouveaux besoins et à optimiser les ressources allouées. Trois auteurs de référence associent leurs regards et leurs domaines disciplinaires avec une approche systémique, afin d'identifier l'ensemble des facteurs, des enjeux et des changements, voire des innovations relevant d'une telle reconfiguration globale : sociétaux et des politiques publiques, managériaux, organisationnels, juridiques, financiers, administratifs et partenariaux. Cet ouvrage permet de situer ces plateformes de services au regard d'une offre en pleine reconfiguration, qu'elle soit sanitaire, hospitalière ou ambulatoire, médico-sociale ou sociale, et aussi des nouvelles formes d'habitat à vocation inclusive.

**Plateformes de services. Enjeux, stratégies, repères juridiques** [Numéro spécial] / ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3130, cahier 2, octobre 2019, 104p.



**Résumé :** L'arrivée de plateformes de services marque des changements, générant fantasmes de tenants comme de détracteurs. Objectif : transformation de l'offre sociale et médico-sociale, services de nouveau type pour des parcours d'inclusion, évitant les ruptures. Tour d'horizon des enjeux, perspectives et attendus : transformations et place des plateformes. 4 modèles possibles et non un modèle unique. Pour chacun : définitions, repères et organisation.

**La « transformation de l'offre médico-sociale » : des intentions aux pratiques** [Numéro spécial] / Gibey, Lydie, coord., Jaeger, Marcel, coord., Montalembert, Marc de, coord. - Vie sociale, n° 43, 2023, 225p. [Document papier et en ligne sur Cairn](#)



**Résumé :** La transformation de l'offre médicosociale vise à sécuriser les parcours des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie choisi. Elle vise à garantir à chaque personne un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes, un accompagnement qui favorise son accès aux apprentissages, à la formation et à l'emploi, à la santé, au logement et à sa pleine participation à la vie sociale. Une volonté de transformation, un discours, des intentions mais un développement un peu anarchique, un manque de personnels, pas d'études d'impact sur leur culture et sur leurs pratiques et peu d'actions pour transformer la société elle-même ; n'attend-t-on pas tout du secteur médicosocial ? Et quelle est finalement la demande des personnes concernées ? Des intentions aux pratiques, ce numéro mettra l'accent sur les points forts de la transformation et sur l'écart entre les injonctions et les pratiques.

**Transformation de l'offre. Plateformes de services : le changement de logique** [Article] / Brezzier, Sylvain in ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3180, du 16 octobre au 22 octobre 2020, pp.30-32

**Résumé :** La création des plateformes de services coordonnés, nouveaux modèles d'organisation de l'offre médico-sociale, en particulier dans le champ du handicap, implique une évolution des pratiques et postures professionnelles et managériales, et un accompagnement des équipes au changement. Il s'agit d'une autre forme d'organisation qui nécessite une véritable « réingénierie », c'est-à-dire une transformation radicale de l'organisation.

**Plateformes de services : Modèle du futur. Dossier** [Article] / Mallaury, Aude; Belmekki, khaled in Directions, n° 159, décembre 2017, pp.30-37

**Résumé :** Renverser la perspective de l'accompagnement en proposant des prestations sur mesure aux personnes, à rebours d'une logique par catégorie d'établissements. C'est la révolution copernicienne que porte en germe le concept de plateforme de services. De plus en plus évoqué par les pouvoirs publics, expérimenté par certains gestionnaires, ce dispositif représente-t-il l'horizon du secteur ? Ce dossier explore ce nouveau modèle d'organisation et interroge la conduite du changement pour les organisations souhaitant s'inscrire dans une telle dynamique : accompagnement des équipes, rôle des managers, formation du personnel... Il présente également deux expérimentations : la plateforme Le Point d'eau qui réunit une dizaine de partenaires sociaux et sanitaires pour apporter des réponses souples et adaptées à un public en situation d'exclusion, l'association poitevine Diapasom qui gère un dispositif régional d'interventions sur mesure auprès d'enfants et d'adultes déficients sensoriels.

**Plateformes de services : "une (r)évolution des postures et des pratiques"** [Article] / Helfter, Caroline; Bloch, Marie-Aline in ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 2983, du 11 novembre au 17 novembre 2016, pp. 20-23

**Résumé :** Ne plus raisonner en termes de places et d'établissements, mais de parcours de vie et d'adaptation des réponses aux besoins évolutifs des personnes, telle est la philosophie des plateformes de service que défend Marie-Aline Bloch, chercheuse en sciences de gestion, coauteure avec Jean-René Loubat, psychosociologue, et Jean-Pierre Hardy, vice-président de France Horizon, d'un ouvrage sur le sujet. Outre un retour rétrospectif sur la structuration du secteur, cet article propose un entretien avec Marie-Aline Bloch qui revient sur la notion de "plateforme de service" et présente des exemples de projets réalisés ou en cours.

## Les dispositifs de coordination selon les populations

### Pour les parcours de santé complexes, sans distinction d'âge ou de pathologie : le dispositif d'appui à la coordination (DAC)

**Dispositifs d'Appui à la Coordination : Boite à outils pour mesurer et analyser le service rendu** / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA) - Paris (FRA) : ANAP, 2023/03, 49p. [BL21/0016 Document papier et en ligne sur l'ANAP](#)



**Résumé :** L'analyse du service rendu d'un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) porte sur les résultats de l'ensemble de ses missions, sollicitations et modalités d'intervention. Elle identifie en quoi et de quelle manière le DAC améliore le parcours de santé des personnes accompagnées et leur qualité de vie, facilite le travail des professionnels confrontés à la prise en charge de situations jugées complexes, contribue à la coordination clinique et la continuité des soins sur son territoire, impulse et alimente une dynamique partenariale sur le territoire. L'analyse peut servir dans différents cas d'usage, par exemple : -communiquer auprès des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires -rendre compte de l'impact du DAC à l'échelle territoriale -négocier le budget et le CPOM -structurer la montée en charge de l'activité -alimenter la démarche qualité interne. Ce document donne les clés pour mesurer et analyser le service rendu d'un DAC. Il présente les 6 étapes de mise en œuvre d'une démarche d'analyse et de mesure du service rendu, depuis le cadrage jusqu'à la restitution des travaux, et regroupe plusieurs outils : fiches descriptives sur les indicateurs, grille d'analyse pour revue de processus interne, questionnaires auprès des professionnels et des usagers, utilisation du focus groupe et d'une revue de parcours par dossiers...

**Référentiel de compétences et d'activités pour la fonction de référent.e de parcours de santé complexe au sein d'un dispositif d'appui à la coordination en santé (DAC)** [Rapport] / Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé (FACS) - Paris (FRA) : Ministère de la santé et de la prévention, 2022/11, 14p. [En ligne sur le site du Ministère](#)



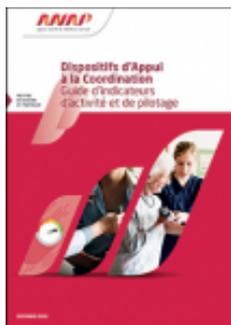
**Résumé :** Dans le cadre des groupes de travail mis en place par le groupe national de concertation relative aux Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) réuni sous l'égide de la DGOS, la FACS, au travers d'une convention avec la DGOS, a été missionnée pour piloter l'élaboration d'un référentiel de compétences et d'activités pour la fonction de « référent.e de parcours complexe de DAC ». Ce référentiel a pour vocation de fournir une base à une réglementation concernant la nouvelle fonction de « référent.e de parcours complexe » et aux futures formations universitaires dédiées, en particulier de type Diplôme Universitaire (DU). Il décrit la somme des compétences et activités attendues, tout en distinguant ce qui relève de la coordination d'une situation individuelle (liens entre professionnels, accompagnement de la personne, entre autres) et de la coordination territoriale (liens entre organisations, établissements et institutions).

**Dispositif d'appui à la coordination : boîte à outils** [Rapport] / Ministère des Solidarités et de la Santé (Paris, FRA), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (Paris, FRA) - Paris (FRA) : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021/01, 34p. [En ligne sur le site du Ministère de la santé](#)



**Résumé :** En complément du cadre national d'orientation (CNO), la boîte à outils propose des éléments opérationnels principalement à destination des ARS et des DAC pour accompagner la mise en œuvre des DAC et renforcer l'harmonisation des pratiques. A travers 3 fiches, il répond aux questions suivantes : Comment assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels pour les parcours de santé complexes ? Comment contribuer de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes ? Comment participer à la coordination territoriale au service de la structuration des parcours de santé ?

**Dispositifs d'appui à la coordination : Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Alouis, Karine; Beauchamp, Yves; Prout, Elise; Raucaz, Anne - Paris (FRA) : ANAP, 2020/12, 59p. [BL21/0014](#) Document papier et en ligne sur l'ANAP**



**Résumé :** Ce document vise à aider le pilotage des structures DAC, à valoriser leur activité, à faciliter le dialogue de gestion entre le DAC, l'ARS et éventuellement le conseil départemental, et à aider le pilotage de la politique publique par les ARS. Ce guide comporte : - 17 fiches descriptives des indicateurs socles retenus ; - Une notice d'utilisation des fiches descriptives ; - Des annexes, parmi lesquelles la méthodologie utilisée pour la réalisation de ce guide. Ce guide ne comporte pas d'indicateurs de résultat ni d'impact, qui relèvent de l'évaluation du service rendu par les dispositifs d'appui à la coordination, vis-à-vis de leurs bénéficiaires directs (professionnels, personnes, aidants) d'une part, et pour le territoire (coordination territoriale) d'autre part.

**Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Morgoci, Alina; Prout, Elise; Raucaz, Anne - Paris (FRA) : ANAP, 2020/10, 26p. [BL21/0013](#) Document papier et en ligne sur l'ANAP**



**Résumé :** Face à l'augmentation des situations dites complexes et afin de répondre aux besoins croissants en matière de coordination entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) aident les professionnels et les personnes à avancer dans leur parcours de santé selon une logique de subsidiarité. Ces dispositifs sont instaurés par l'article 23 de la loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé (OTSS) du 24 juillet 2019. Ils ont vocation à réunir, dans un délai de 3 ans, les dispositifs de coordination pré-existants : les réseaux de santé territoriaux, les équipes MAIA, les CTA de PAERPA et les PTA, et de manière optionnelle les CLIC avec l'accord du Conseil départemental. Reflet des acteurs présents sur un territoire donné, la gouvernance d'un DAC s'adapte aux ressources disponibles et prend en compte les caractéristiques propres à chaque territoire, en termes d'acteurs comme de dynamique locale. Ce document vise à clarifier ce que sont la gouvernance d'un DAC et son articulation avec d'autres niveaux de coordination ou de concertation sur les parcours santé, à l'échelle territoriale et nationale ; il donne également des clefs de lecture pour faciliter l'installation et l'animation de la gouvernance et ainsi favoriser une mobilisation efficiente des acteurs dans la durée.

**Cadre national d'orientation : Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes [Rapport] / Ministère des Solidarités et de la Santé (Paris, FRA), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (Paris, FRA), Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) (Paris, FRA) - Paris (FRA) : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020/06, 20p. [En ligne sur le site du Ministère de la santé](#)**



**Résumé :** La simplification et la consolidation des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes s'inscrit dans une volonté plus large de transformation du système de santé. L'ambition du gouvernement est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé. C'est pourquoi les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les réseaux de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme national personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), voire, sur décision du conseil départemental, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont vocation à s'unifier d'ici à 2022. Un dispositif unique, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) sera mis en place au niveau de chaque territoire avec trois objectifs principaux : 1-Appui aux professionnels 2-Accompagnement des personnes 3-Participation à la coordination territoriale. Les DAC ainsi créés devront s'articuler avec toutes les démarches spécifiques du territoire, contribuant à la coordination des acteurs impliqués dans les parcours. Le présent document est élaboré par le ministère des solidarités et de la santé, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en concertation avec les parties prenantes. Il précise, en complément des dispositions législatives et réglementaires, les modalités de mise en oeuvre de la réforme par les acteurs du terrain, les agences régionales de santé (ARS) et leurs partenaires institutionnels, notamment les conseils départementaux.

**Les dispositifs d'appui à la coordination [Article] / Wander, Fanny in Gestions hospitalières, n° 622, janvier 2023, pp.20-24**

**Résumé :** Depuis dix-huit ans, le réseau de santé meurthe-et-mosellans a su innover étape par étape – fusion des réseaux gériatrique et d'éducation thérapeutique du patient, déploiement de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, intégration des services d'aide et de soins, coordination territoriale en cancérologie... –, des expériences pilotées par les professionnels de premiers recours et les établissements du territoire qui ont permis de construire une fonction d'appui et de

coordination selon les besoins et les ressources locales. L'auteur décrit ici les activités et services qui peuvent être rendus par ces dispositifs : appui aux professionnels, accompagnement des personnes et animation territoriale.

**Le virage ambulatoire : les outils de coordination** [Article] / Gomez, Laurianne ; Le Douarin, Yann-Maël *in* ADSP Actualité et dossier en santé publique, n° 118, juin 2022, pp.21-23 [Document papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Les dispositifs de coordination visent à favoriser le virage ambulatoire, objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022, en tenant compte tant de l'évolution de l'état de santé de la population, du vieillissement et de la perte d'autonomie, que des projets de vie des personnes et de la nécessaire individualisation et gradation des prises en charge. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) doivent participer à l'organisation des soins et donc à l'accélération du virage ambulatoire dans les territoires. Par ailleurs, ils doivent contribuer à la réduction des inégalités territoriales de santé.

## Le patient hospitalisé : l'interface Ville/hôpital

**Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel** [Rapport] / Institut Montaigne (Paris, FRA) - Paris (FRA) : Institut Montaigne, 2023/02, 103p. [En ligne sur le site de l'Institut](#)



**Résumé** : Depuis une vingtaine d'années, la France tente de se détacher de l'approche curative et hospitalo-centrée de son système de santé, afin de se concentrer davantage sur les soins primaires et de développer des stratégies préventives. Cette volonté d'aborder le « virage ambulatoire » a ainsi été affirmée à de nombreuses reprises par les pouvoirs publics. La crise sanitaire du Covid-19 a rappelé l'importance de renforcer nos efforts pour accentuer ce virage : les difficultés des structures hospitalières à accueillir tous les patients ont mis en lumière les limites de notre approche du soin. La pandémie a aussi permis de réaliser l'importance de la mobilisation des nouvelles technologies sur l'ensemble du parcours santé : accélérer la prise de décision, permettre la continuité des soins et donner aux patients davantage d'autonomie dans le dépistage et le suivi de leurs symptômes. Aujourd'hui, l'hôpital fait face à des défis qui ne sont pas nouveaux ; le vieillissement de la population et l'explosion du nombre de pathologies chroniques augmentent les besoins de soins alors que le temps médical disponible n'augmente pas. Ces enjeux plaident en faveur d'une autre organisation du système pour imaginer de nouveaux modèles de prises en charge. L'Institut Montaigne formule six propositions opérationnelles, identifiant chacune les acteurs et la marche à suivre nécessaire, pour construire de nouveaux parcours de soins, plus efficaces, plus fluides et plus équilibrés entre la ville, l'hôpital et le domicile.

**Renforcer le lien ville-hôpital** [Rapport] / Fédération Hospitalière de France (FHF) (Paris, FRA). - Paris [FRA] : FHF, 2018/03. - 19p. [En ligne sur le site de la FHF](#)

**Résumé** : Face aux nombreux défis du système de santé français avec la chronicisation des maladies, le vieillissement de la population, les inégalités sociales et territoriales, ou encore les aspirations des usagers à une prise en charge globale et personnalisée, la thématique du décloisonnement et de la coopération ville - hôpital est au cœur d'une politique de transformation. L'ambition est de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital public. A l'issue de la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Frédéric Valletoux, président de la FHF, a confié au Dr Jean-Pierre Jardry la réalisation d'un rapport afin que l'hôpital s'engage dans une dynamique renforcée permettant aux partenaires de s'organiser ensemble pour travailler davantage à la mise en œuvre du parcours de soin. Au travers de 17 propositions détaillées et illustrées par des exemples, ce rapport donne des clés pour renforcer un travail constructif dans l'ensemble des territoires et déployer des projets médicaux en lien avec l'ensemble des acteurs de santé. Il rassemble : -7 clés pour renforcer le lien ville-hôpital -4 axes et 17 propositions.

**Organisation territoriale ville-hôpital** [Article] / Martineau, Frédéric; Ortiz, Jean-Paul; Leicher, Claude; et al. *in* Revue hospitalière de France, n° 579, novembre-décembre 2017, pp.12-26

**Résumé** : La construction d'un parcours patient implique un lien renforcé entre les professionnels de ville, médecins libéraux en particulier, et l'hôpital. Quelle est aujourd'hui la nature des relations entre la ville et l'hôpital? Comment la loi de santé de 2016, à travers la création notamment des communautés professionnelles territoriales de santé et des groupements hospitaliers de territoire, transforme-t-elle ces relations? Ce dossier fait un point sur la situation actuelle, en donnant la parole notamment à plusieurs syndicats médicaux libéraux, et revient sur des expériences locales mises en œuvre pour faciliter la communication entre professionnels des deux secteurs.

## Retour à domicile : zoom sur le PRADO

**Insuffisance cardiaque, améliorer le retour à domicile** [Article] / Gérard, Anne-Claire *in* Soins gériatriques, n° 135, janvier-février 2019, pp.39-42

**Résumé** : L'insuffisance cardiaque, pathologie grave et évolutive, touche principalement la population âgée. L'attrait du littoral vendéen favorise particulièrement l'afflux des retraités. Devant ce constat, il a semblé nécessaire de mettre en place, au sein du Centre hospitalier départemental Vendée, une filière de suivi pour une prise en charge adaptée afin de réduire le taux de mortalité et de réhospitalisation. La mise en place du Programme de retour à domicile a donné un élan à une prise en charge optimisée des patients.

**Effets du programme d'accompagnement du retour à domicile sur les pratiques des services de Protection maternelle et infantile** [Article] / Thomas, Saïas; Clavel, Caroline; Bodard, Julie *in* Santé publique, vol. 30, n° 4, juillet-août 2018, pp.489-496 [Document papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : L'introduction par l'assurance maladie en 2010 du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) après un séjour en maternité questionne son articulation avec un dispositif de santé publique pré-existant : la Protection maternelle et infantile (PMI). Prévoyant le remboursement de deux visites à domicile postnatales à des sages-femmes libérales, il intervient en superposition aux interventions à domicile de la PMI. Dans le cadre d'une enquête nationale sur la PMI, cette étude a porté sur l'analyse d'une question ouverte à laquelle quarante-huit services départementaux de PMI ont répondu. Cette question portait sur l'effet induit par le PRADO sur leur fonctionnement. L'articulation PMI-PRADO a généré selon les répondants des problèmes de liaison entre les deux dispositifs, des effets négatifs sur l'activité des PMI et, plus globalement, des effets négatifs sur les familles. La discussion porte sur les enjeux d'empilement de services, spécifiquement en période périnatale, et sur des pistes de solution pour éviter que la multiplicité des offres ne crée des inégalités sociales de santé.

**L'accompagnement des femmes au sortir de la maternité et la continuité dans les parcours de soins : Quel rôle pour les sages-femmes libérales ?** [Extrait Ouvrage] / Douguet, Florence; Vilbrod, Alain *in* Intervenir en première ligne : Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité [Ouvrage] / Douguet, Florence, dir.; Fillaut, Thierry, dir.; Hontebeyrie, Juliette, dir.; Schweyer, François-Xavier; Beyrie, Adeline; Chauvet, Marine; et al.. - Paris [FRA] : L'Harmattan, 2016. – pp. 63-80 [cote IA10/0130](#)

**Résumé** : Cet article fait un retour sur les quatre premières années du PRADO, dispositif destiné aux patientes qui sortent d'un séjour en maternité afin de faciliter leur retour à domicile, d'anticiper leurs besoins et de garantir une continuité dans le parcours de soins périnataux. Il restitue les opinions et pratiques des sages-femmes libérales à l'égard de ce programme.

**Le programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation : son application à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque** [Article] / Rames, Odile; Sebö, Sophie; Jan, Thomas; et al. *in* Risques et qualité en milieu de soins, vol. 12, n° 3, septembre 2015, pp.27-32

**Résumé** : D'abord initié sur les sorties de maternité, le Prado été étendu à d'autres patients et notamment aux patients hospitalisés pour décompensation cardiaque en 2013. Cette nouvelle offre "Prado insuffisance cardiaque" a été élaborée en partenariat avec la société française de cardiologie et est composée de trois axes : l'initialisation du suivi médical, l'accompagnement attentionné du patient et la mise en place de l'aide à la vie si nécessaire. Retour dans cet article sur l'organisation de ce programme, ses méthodes et ses premiers résultats.

### *Des exemples de réalisation*

**Quand la coordination peut être un outil pour répondre à l'engorgement des urgences : retour d'expérience nancéenne** [Article] / Hanesse, Bernadette; Blondelet, Isabelle; Abraham, Eliane; et al. *in* Revue de gériatrie (Ia), vol. 48, n° 9, novembre 2023, pp.508-512

**Résumé** : Confronté en pleine période estivale à un afflux de personnes âgées au Service des urgences, provenant majoritairement du domicile, le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy a sollicité ses partenaires afin de trouver des solutions. En moins de quarante-huit heures, en juillet 2022, la cellule de régulation ville-hôpital a été mise en place, avec la mobilisation des acteurs de la filière hospitalière et des partenaires de la ville, notamment le dispositif d'appui à la coordination de Meurthe-et-Moselle (DAC 54). Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette cellule de régulation ville-hôpital sont présentées : réunions initialement toutes les 48 heures, accord sur un arbre décisionnel pour l'orientation des personnes âgées depuis le service des urgences, décisions coordonnées des membres de la cellule pour fluidifier le parcours des personnes âgées depuis leur passage au service des urgences, mais aussi leur séjour en hospitalisation.

**Expérimentation Article 51 « Octave » : Au service de la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et de l'hospitalisation ambulatoire** [Article] / Carde, Axel; Biron, Emeline; Hue, Benoît *in* Revue hospitalière de France, n° 614, septembre-octobre 2023, pp.52-56

**Résumé** : Comment sécuriser l'accompagnement médicamenteux des patients polymédiqués de 65 ans et plus ? C'est l'objectif que se sont donné en 2020, dans le cadre de l'article 51, les promoteurs de l'expérimentation ville/hôpital Octave. Innovant en termes d'organisation de l'offre de soins comme dans son modèle de financement, valorisant pour chaque professionnel, Octave offre un levier stratégique au virage ambulatoire et domiciliaire. Cet article présente le premier bilan intermédiaire de ce parcours déployé dans treize territoires de Bretagne et Pays de la Loire.

**Le lien ville-hôpital dans le parcours de soins de patients obèses sévères** [Article] / Savey, Véronique; Bedar, Anaïs; Queslier, Caroline, et al. *in* La revue de l'infirmière, n° 293, août-septembre 2023, pp. 29-32

**Résumé** : Au décours du séjour initial en hospitalisation de semaine, un parcours de soins pluridisciplinaire adapté et personnalisé est proposé à chaque patient suivi au sein du centre spécialisé de l'obésité (CSO). Cet article illustre la démarche d'accompagnement entreprise par le CSO du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen Normandie.

**LYMPHORAC 51 : Parcours de soins coordonné pour les patients souffrant d'un lymphoedème [Article] / Devillaine, Valérie** *in* *Concours pluripro*, n°24, avril 2023, pp.32-35

**Résumé** : Porté conjointement par les CHU de Toulouse et Montpellier, cet "article 51" intègre une prise en charge hospitalière dans un centre expert et une prise en charge ambulatoire de proximité. Il inclut la formation de professionnels libéraux, la création de forfaits et le remboursement complet des dispositifs de compression pour les patients.

**Amélioration du parcours cognitivo-comportemental par la mise en place d'un staff pluridisciplinaire ville-hôpital [Article] / Le Néchet, Anne; Béatrice Ginestet, Anne; Maggiore, Caroline; et al.** *in* *Soins gérontologie*, n°159, janvier-février 2023, pp. 36-41

**Résumé** : Amélioration du parcours cognitivo-comportemental par la mise en place d'un staff pluridisciplinaire ville-hôpital : Afin d'améliorer le parcours cognitivo-comportemental, et en s'appuyant sur une histoire de travail en collaboration ville-hôpital bien ancrée, un staff mensuel regroupant des professionnels hospitaliers, extrahospitaliers et une association d'usagers permet d'analyser et de répondre de manière coordonnée et graduée aux situations complexes. Après neuf mois de fonctionnement, le récit de trois situations complexes illustre les bénéfices et limites d'un tel dispositif.

**Liens ville/hôpital : Une union sacrée et coordonnée [Article] / Galvez, Christelle; Miermont, Anne; Sontag, Pascale** *in* *Gestions hospitalières*, n° 616, mai 2022, pp.311-314

**Résumé** : Ces dix dernières années, l'évolution des traitements et de la prise en charge en cancérologie a rendu la relation ville/hôpital centrale et indispensable dans le parcours de soins des patients. Le centre de lutte contre le cancer (CLCC) Léon-Bérard, à Lyon, a créé son département de coordination des soins à domicile en 1993, ouvert ses premiers lits d'hospitalisation à domicile en 2006 et dispose d'un réseau de plus de 7 000 infirmiers de ville en Auvergne Rhône-Alpes, et au-delà. Grâce à leur longue habitude de travailler en collaboration et aux outils qui facilitent les échanges, les professionnels du CLCC ont tenu à poursuivre cette relation fructueuse et à s'engager dans plusieurs projets pour mettre en œuvre et évaluer des modes d'organisation innovante impliquant les acteurs de santé libéraux. Deux de ces expérimentations concernent des traitements désormais accessibles à domicile : d'une part l'immunothérapie, élaborée en novembre 2019, d'autre part les thérapies orales via le projet Onco'Link lancé en octobre 2021, porté par la fédération Unicancer et qui concerne 45 sites dans douze régions, dont le centre Léon-Bérard.

**Un projet de territoire pour décloisonner le suivi des patients : Expérimentation DiVa pour les AVC et les infarctus du myocarde [Article] / Giroud, M.; Bejot, Y.; Cottin, Y.; et al.** *in* *Revue hospitalière de France*, n° 602, septembre-octobre 2021, pp.82-85

**Résumé** : Comment répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques, telles que l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infarctus du myocarde (IDM), qui mettent en jeu le secteur hospitalier pour la phase aiguë, puis le secteur hospitalo-libéral pour la phase chronique ? Au croisement des soins primaires, de la médecine spécialisée hospitalo-libérale et du médico-social, une nouvelle organisation du suivi voit le jour. La nécessité d'intégrer les neurologues dans le suivi des AVC et des cardiologues dans celui des IDM, en lien avec la spécialité de médecine générale, a abouti à l'élaboration de l'expérimentation DiVa (Dijon Vascular Project) au sein du groupement hospitalier de territoire 21-52 (Côte-d'Or et Sud Haute-Marne).

**Coordination des sorties complexes d'hospitalisation à Mayenne [Article] in** *Revue Prescrire (la)*, n° 439, mai 2020, pp.379-382

**Résumé** : Le pôle santé et l'hôpital de la ville de Mayenne ont expérimenté, sur un territoire semi-rural, un dispositif visant à mieux prendre en charge les sorties complexes d'hospitalisation. Ce dispositif repose sur l'organisation d'une coordination et l'amélioration des échanges d'informations entre les professionnels de santé de ville, notamment les infirmiers, et ceux de l'hôpital.

**La cellule d'appui au retour et au maintien à domicile de SantélyS : un outil au service du virage ambulatoire et domiciliaire [Article] / Neut, Karine; Chaussade, Frédéric; Maenhout, Thomas; et al.** *in* *Techniques hospitalières*, n° 784, septembre-octobre 2020, pp.78-83

**Résumé** : Dès 2008, l'association SantélyS a créé une plateforme d'appui, baptisée CARMAD, visant à favoriser une coordination fluide et efficiente des parcours de santé, tout en tenant compte de la dimension médico-psycho-sociale globale des personnes. Le but est de proposer à chaque patient en sortie d'hospitalisation, un accompagnement individualisé, afin d'éviter les ruptures de prise en charge notamment dans les cas les plus complexes.

**La coordination du parcours de soins ville-hôpital au service de l'utilisateur [Article] / Lemonnier, Nicolas** *in* *Soins cadres*, n° 113, septembre 2019, pp.27-30

**Résumé** : La prise en charge de la plaie en chirurgie vasculaire, très souvent associée à une vascularisation précaire, est un enjeu majeur. La coopération entre tous les acteurs doit être essentielle tant au sein de l'hôpital qu'avec les partenaires en ville. Dans le cadre de la réorganisation du service de chirurgie vasculaire et thoracique du centre hospitalier universitaire d'Angers (49), il est apparu pertinent de mener une réflexion interprofessionnelle sur les moyens à mettre en place pour répondre à la fois à ce souci de coordination mais aussi de coopération au service du patient.

**Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville** [Article] / Le Cossec, Chloé; Giacobelli, Maud; De Chambine, Sophie *in* Santé publique, vol. 30, n° 2, mars-avril 2018, pp.213-224 [Disponible papier et sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Les coopérations ville-hôpital recouvrent des modalités de collaboration très différentes à la fois dans leurs objectifs et dans leur mise en œuvre. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a diffusé un questionnaire dans l'ensemble de ses services afin d'identifier les actions mises en place (thème de l'action, professionnels de ville impliqués, état d'avancement...). Cette enquête permet d'appréhender le concept de «relations ville-hôpital» d'une manière plus concrète et cohérente avec les approches des professionnels de terrain et de proposer une classification des types de coopération recensées.

**La responsabilité populationnelle de l'hôpital : L'expérience hors des murs du CH de Douai** [Article] / Dogimont, Renaud *in* Gestions hospitalières, n° 571, décembre 2017, pp.615-618

**Résumé** : Face à la désertification médicale, au renoncement aux soins pour raisons financières, de mobilité et de délai, aux relations parfois complexes avec la médecine de ville, l'hôpital doit-il rester dans ses murs? Comment peut-il travailler différemment avec la ville pour fluidifier les parcours de santé? Peut-il jouer un rôle majeur dans la réduction des inégalités sociales et territoriales à travers la prévention? L'auteur, directeur du centre hospitalier de Douai, rapporte ici la démarche «hors des murs» de son établissement. Cette démarche s'est basée autour de deux axes : -favoriser le décloisonnement et l'interconnection entre professions de santé hospitaliers et de ville -renforcer l'accès aux soins pour les populations vulnérables des quartiers prioritaires.

**Ville/hôpital : Construire aujourd'hui les partenariats pour préparer l'hôpital de demain** [Article] / Warnier, Marie; De Chambine, Sophie; Réquillard, Carole *in* Gestions hospitalières, n° 571, décembre 2017, pp.592-593

**Résumé** : Les actions conduites par le groupe des Hôpitaux Paris Nord Val-de-Seine pour renforcer ses relations avec les professionnels de ville ont principalement consisté à se rapprocher de structures d'exercice collectif pour construire des partenariats et renforcer l'offre de soins primaires. Une convention a été signée en juillet 2017 entre le centre municipal de santé (CMS) de Gennevilliers et l'AP-HP. La création d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur le site de Bichat-Claude Bernard a été également actée à l'horizon 2018.

**L'AP-HP se transforme : Une nouvelle relation avec les médecins de ville** [Article] / Réquillard, Carole; De Chambine, Sophie; Espenel, Frédéric; et al. *in* Gestions hospitalières, n° 562, janvier 2017, pp.10-13

**Résumé** : En juin 2016, l'AP-HP a lancé un projet stratégique «Médecins partenaires» visant à améliorer ses relations avec ses correspondants de ville. Trois sites pilotes –Avicenne, Cochin et Hôtel-Dieu–, lancés en mai 2016, ont permis d'installer la démarche, de sensibiliser la communauté médicale de l'AP-HP sur la nécessité d'agir, mais aussi et surtout d'ancrer une démarche de réassurance auprès des médecins de ville. L'AP-HP se met maintenant en situation de conduire une généralisation rapide d'ici à fin 2018.

## Le parcours de la personne handicapée

### Etudes générales

**La fonction ressource : Comprendre et déployer** [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA), Collin, Marie, Hadoux, Mélissa - Paris (FRA) : ANAP, 2022/04, 51p. [HY80/0028](#)



**Résumé** : En fonction des situations de handicap, la fonction ressource peut recouvrir trois activités : 1-animation de réseau 2-contribution à la réalisation d'évaluations 3-élaboration des projets individualisés adaptés en cas de situations complexes. Quels sont les objectifs de la fonction ressource ? À quoi sert-elle pour les services qui la portent et pour ceux qui en bénéficient ? Qui porte la fonction ressource ? Comment se déroule une mission ? Cette publication explique les contours, contenus et modalités de mise en pratique de la fonction ressource dans le secteur du handicap. Elle propose en annexe des retours d'expériences de 8 structures médico-sociales, des propositions d'indicateurs pour évaluer ses actions et alimenter un rapport d'activité, un modèle de convention de partenariat, un modèle de fiche de sollicitation.

**Handicap : Réinventer l'offre médico-sociale : 2-Les plateformes de services coordonnés, mode d'emploi** [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA) - Paris (FRA) : ANAP, 2020/09, 50p. [FJ11/0181](#) [Disponible papier et en ligne sur l'ANAP](#)



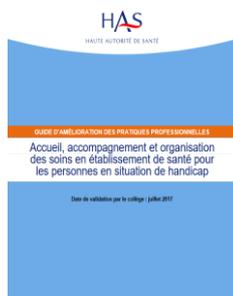
**Résumé** : Vers une nouvelle organisation de l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées, avec une vie la plus inclusive possible... : les plateformes de services coordonnés favorisent l'autonomie des personnes handicapées et leur accès au droit commun tout en sécurisant leurs parcours pour éviter les ruptures. Le succès de ces plateformes tient au décloisonnement des acteurs pour faciliter la lisibilité et renforcer la variété de l'offre dans une logique territoriale. Cela passe par exemple, par des coopérations pour proposer un accompagnement plus individuel et respecter la singularité de chaque personne. A partir de l'expérience d'une douzaine de structures étudiées par l'ANAP, ce document vise à clarifier la notion de plateforme de services coordonnés et présente les clés de réussite d'un projet de conversion à une logique inclusive.

**Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap** [Rapport] / Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (Saint-Denis, FRA). - Saint-Denis [FRA] : ANESM, 2018/03. - 214p. [En ligne sur le site de la HAS](#)



**Résumé :** Ces recommandations visent à répondre de façon appropriée aux besoins de la personne afin d'éviter les ruptures de parcours, en évaluant avec elle ses besoins et les propositions d'une réponse coordonnée avec l'ensemble des ressources identifiées sur le territoire. Elles s'adressent principalement aux professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes en situation de handicap. Il s'agit pour ces structures d'identifier les ressources en interne, de les faire connaître sur le territoire, puis de mobiliser auprès des partenaires extérieurs les compétences ou prestations nécessaires au projet de la personne. Ces recommandations se présentent en deux volets. Le premier volet aborde en priorité les évaluations préventives à mettre en place et à renforcer lors de toute transition, le recueil des attentes et aspirations de la personne en situation de handicap et de son entourage. Il identifie d'une part les acteurs ressources permettant de fluidifier le parcours de vie de la personne et d'autre part il définit l'acteur ressource assurant une fonction de coordination. Il s'attache également à construire et mettre en œuvre un dispositif ressource permettant de répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Le second volet est composé d'outils, de zooms sur la réglementation et des fiches acteurs. Ces fiches ont pour but d'améliorer le repérage des dispositifs et acteurs présents sur le territoire et de faciliter l'identification de leur rôle et de leurs missions.

**Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap** [Rapport] / Haute Autorité de Santé (HAS) (Paris, FRA). - Saint Denis La Plaine [FRA] : HAS, 2017. - 81p. [En ligne sur le site de la HAS](#)



**Résumé :** Ce document a pour objectif d'améliorer l'organisation et les pratiques professionnelles relatives à l'accueil de l'ensemble des personnes en situation de handicap dans tout type d'établissements de santé (médecine, chirurgie, obstétrique, médecine physique et réadaptation et spécialisé en santé mentale, etc.). Il s'adresse aux professionnels exerçant en établissements de santé (professionnels de santé, direction, encadrement, personnel administratif, etc.). Cinq objectifs principaux d'amélioration ont été identifiés comme prioritaires et sont traités dans ce guide. Le premier objectif est d'assurer la qualité et la continuité du parcours de santé. Pour y parvenir, il est essentiel de prendre en compte l'amont et l'aval de son séjour hospitalier. La coordination des professionnels qui concourent à l'accompagnement et l'amélioration de l'accueil sont fondamentales au sein de l'établissement de santé, mais aussi entre les différentes structures. Des recommandations sont déclinées pour ce premier objectif : préparation de la venue, planification des soins et des actes, transmission des informations entre professionnels et structures, etc.

**Les configurations organisationnelles de la transformation de l'offre : vers quel schéma cible se dirige-t-on ?** [Article] / Acef, Saïd. *in Vie sociale*, n° 43, 2023, pp. 19-30 [Document papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé :** La transformation de l'offre médico-sociale, appliquée au champ du handicap, est un enjeu auquel il est désormais systématiquement fait référence tant au niveau des politiques publiques, des associations représentatives des personnes et des familles que des organismes gestionnaires et des professionnels eux-mêmes. Pour autant, ce processus nécessite d'être mieux qualifié concernant ses déterminants sociopolitiques ainsi que son périmètre, sa profondeur et sa complexité. Souvent approchée par les objets techniques, administratifs ou opérationnels qui la dessinent peu à peu, il s'agit dans cet article de problématiser les différentes configurations organisationnelles que cette transformation revêt selon des formes successives de maturité interne et externe. La problématique du schéma cible d'une telle reconfiguration systémique sera abordée non pour figer les choses, mais pour éclairer le processus à l'œuvre au travers de quatre dimensions dynamiques qui nous semblent particulièrement structurantes du phénomène : l'intégration interne et externe de l'offre de services en réseau, la responsabilité populationnelle, la continuité des parcours, l'effectivité des droits et des rôles sociaux. À partir de cette grille d'analyse, trois configurations organisationnelles seront évoquées : le fonctionnement en dispositif intégré, la plateforme de services coordonnés, la plateforme territoriale de services intégrés à visée inclusive.

**Handicap et parcours de soins : apprendre à travailler ensemble** [Article] / Reverte, Karine *in Soins cadres*, n°107, septembre 2018, pp. 44-46

**Résumé :** L'accès aux soins des personnes handicapées dépend en grande partie d'une coopération renforcée entre les différents acteurs concernés, notamment entre les secteurs sanitaire et médico-social. Il demeure difficile d'établir de réels partenariats entre ces deux domaines du fait d'un manque d'interconnaissance, de langage commun mais aussi de reconnaissance des compétences respectives. Une prise de conscience est cependant réelle et des initiatives existent sur l'ensemble du territoire.

**Communautés 360 : Moment charnière** [Article] / Taillandier, Laura *in* Directions, n° 200, septembre 2021, pp.4-5

**Résumé :** Alors que les Communautés 360 coordonnant les services du champ du handicap se mettent en place de façon disparate, les acteurs guettent la publication imminente du cahier des charges. Lequel doit opérer le cadrage nécessaire à la constitution du réseau.

**Projet Communautés 360 : Contribution sur l'admission en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap** [Rapport] / Aragona, Estelle; Baudot, Pierre-Yves; Robelet, Magali . - Paris [FRA] : CNSA, 2021/01. - 21p. [En ligne sur le site de la CNSA](#)

**Résumé :** La conception des Communautés 360 s'inscrit dans un processus large de réforme de l'État et de l'action publique du handicap. En introduisant la possibilité pour les personnes en situation de handicap et/ou leur entourage familial qui se trouvent en grande difficulté ou en crise d'interpeller directement les administrations via un numéro d'appel unique (le 0 800 360 360), les services concernés sont enjoins de produire des réponses immédiates et de s'organiser pour être en mesure de concrétiser ces réponses. Le niveau de coordination nécessaire pour répondre à ces interpellations impose une circulation fluide de l'information, notamment celle relative aux équipements existants sur le territoire de rattachement de la personne ainsi qu'aux capacités des ESSMS de mettre en œuvre de nouveaux accompagnements. La présente note de recherche interroge la mise en place des Communautés 360. Elle s'appuie sur l'étude ADMET commanditée et financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. L'étude a consisté à comprendre finement les pratiques d'admission d'un échantillon d'ESSMS d'un département. Les enjeux de l'admission ont été saisis par l'ensemble du système local d'acteurs, avec un focus sur les personnes dont la situation est qualifiée de complexe ou de critique du fait des difficultés d'accompagnement liées au manque de places en ESSMS ou à l'absence d'équipements adéquats, aux spécificités de la situation de handicap et/ou à une situation d'urgence. La gestion des publics par des dispositifs spécifiques a mis en évidence des modalités de coordination dont il s'agit ici de rendre compte. À partir des résultats de l'étude, les auteurs mettent en évidence les ressources locales sur lesquelles le dispositif des Communautés 360 peut s'appuyer ainsi que des points de vigilance pour sa mise en œuvre.

**Communautés 360 : Négocier le tournant** [Article] / Dellangnol, Clémence *in* Directions, n°189, septembre 2020, pp.4-5

**Résumé :** Lors de la conférence nationale du handicap en février 2020, le chef de l'Etat a annoncé la création d'un numéro unique, mettant en relation des personnes en situation de handicap avec des acteurs locaux. Réunis en communautés 360, ces acteurs de divers horizons (département, médico-social, sanitaire, ville...) doivent proposer des solutions d'accompagnement. Après un lancement accéléré pour accompagner le déconfinement, une nouvelle étape délicate s'amorce pour ces communautés 360. Les enjeux : structurer leur fonctionnement sans l'alourdir, et trouver leur place à côté des dispositifs existants.

**La démarche «Une réponse accompagnée pour tous»**

**Mettre en oeuvre la démarche RAPT** [Ouvrage] / Charleux, François, Jouve, Sylvain - Paris (FRA) : ESF éditeur, 2018, 127p. [FJ11/0176](#)



**Résumé :** La démarche «Une réponse accompagnée pour tous» (RAPT) est l'annonce d'une modification en profondeur à la fois de l'offre médico-sociale sur le territoire, et des modes d'organisation et de gestion des établissements et services. Dans les faits, elle repose sur le passage d'une politique de l'offre (la création de places) à une politique de la demande (la réponse accompagnée). Elle oblige à concevoir un mode de fonctionnement des ESSMS profondément différent de celui qui prévaut aujourd'hui. Cet ouvrage est destiné aux cadres qui doivent organiser et mettre en œuvre de nouveaux formats de réponse, mieux adaptés aux attentes et aux besoins des personnes en situation de handicap. Il aborde les éléments juridiques, organisationnels, techniques et humains nécessaires à cette transformation des ESSMS : -l'évolution de la politique du handicap vers un modèle d'inclusion sociale -la maîtrise du cadre légal -l'organisation d'une offre modulaire ou plateforme de prestations -la formalisation des prestations du projet d'établissement -la déclinaison des objectifs du projet d'établissement en prestations SERAFIN-PH -la négociation de l'évolution de l'offre pour un accompagnement plus inclusif (CPOM) -l'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre de ce changement.

**Une réponse accompagnée pour tous », la solidarité d'engagement en pratique** [Article] / Drobi, Marina *in* Vie sociale, vol. 27, n° 3, 2019, pp. 153-165 [Disponible papier et sur la base Cairn](#)

**Résumé :** Conçue pour corriger les insuffisances du système d'accompagnement des parcours des personnes en situation de handicap, la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » se déploie au moment même où la Convention internationale des droits des personnes handicapées devient la référence incontournable des politiques nationales. Son approche globale des besoins des personnes, son ancrage territorial ainsi que l'accent mis sur l'effectivité des droits et le renforcement du pouvoir d'agir en font un vecteur du passage à la solidarité d'engagement dans le champ du handicap. Le premier retour d'expériences territoriales témoigne d'évolutions profondes portées par le principe de responsabilité collective. En effet, seule la mobilisation de tous – pouvoirs publics, associations, professionnels, personnes elles-mêmes et leurs proches – peut permettre de relever plusieurs défis posés par cette démarche, et notamment celui d'approche inclusive qui doit guider aujourd'hui tout projet d'accompagnement. C'est loin d'être acquis car il s'agit d'un changement culturel considérable qu'il est nécessaire d'accompagner dans la durée.

**Réponse accompagnée : pour tous, un vaste chantier** [Article] / Darmon, Laetitia in TSA - Travail social actualités, n° 97, novembre 2018, pp.15-22

**Résumé** : Destinée à éviter les ruptures de parcours des personnes handicapées, la "réponse accompagnée pour tous" propose une révolution organisationnelle. Les territoires s'approprient peu à peu cette démarche pluri-focale. Mais beaucoup reste à faire pour rassurer les usagers, les institutions et les tutelles dans ce temps de transition. Ce dossier revient sur les avancées et les difficultés de la démarche : il souligne ainsi l'augmentation des plans d'accompagnement global et des commissions de coordination mais note le peu d'intérêt pour l'axe 3 qui vise à créer une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs. Trois reportages sont proposés en fin de dossier : le premier sur le fonctionnement du pôle de compétences et de prestations personnalisées (PCPE) de la Somme qui vise une large palette de handicaps tous âges confondus, le deuxième sur le collectif d'associations "Drôme handicap" mandaté par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour avancer sur la pair-aidance, et le troisième sur le développement de l'intégration des pairs dans les services au Québec.

**Des pôles de compétences** [Article] / Chaumard, Isabelle in Lien social, n° 1236, du 2 au 15 octobre 2018, pp.14-15

**Résumé** : Les Pôles de compétences échouent à garantir la continuité des parcours à toute personne en situation de handicap. Les situations les plus complexes restent sans solution.

**La RAPT : Réinterroger les pratiques professionnelles dans l'accompagnement des personnes en situation complexe de handicap. Note de synthèse** [Rapport] / Berland, Candice; Bernet, Jean-Laurent; Boutry, Nicolas; Hanin, David; Hokayem, Elias; Jouannigot, Jim; Malgouires, Céline; Martinez, Rémi; Nourry, Sophie. - Rennes [FRA] : Presses de l'EHESP, 2018/09. - 4p. [En ligne sur le site Presses EHESP](#) Voir aussi le rapport MIP18/0011 : [en ligne sur le site documentation EHESP](#)

**Résumé** : Cette note de synthèse est issue du MIP 2018 et se penche sur la Réponse accompagnée pour tous (RAPT). Avec la RAPT, les professionnels de proximité, nationaux (CNSA) ou territoriaux (MDPH) prennent désormais en charge les personnes en situation complexe de handicap aux problématiques différentes du public habituellement suivi. Cette enquête révèle les difficultés de mise en place de la RAPT et les innovations dans les pratiques.

**Handicap : La réponse accompagnée pour tous questionne les pratiques** [Article] in Gazette santé social, n°154, septembre 2018, pp. 15-22

**Résumé** : La démarche «Une réponse accompagnée pour tous» se déploie progressivement sur l'ensemble du territoire national. Elle doit notamment permettre la conception de plans d'accompagnement globaux pour les bénéficiaires d'une orientation de la maison départementale des personnes handicapées, confrontés à une réponse indisponible ou insatisfaisante. Coconstruction, concertation avec l'utilisateur et droit à l'innovation..., les effets attendus vont bien au-delà de la simple mise en place d'un nouveau dispositif et questionnent les pratiques des acteurs participant à l'accompagnement des personnes handicapées.

**Personnes handicapées : le RAPT a échoué** [Article] / Ricard, Maxime in ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3073, 31 août 2018, pp.6-9

**Résumé** : La "Réponse accompagnée pour tous" (RAPT) fait-elle partie de ces décisions relevant de la communication politique? L'idée est d'apporter à chaque personne handicapée une réponse individualisée, répondant à la spécificité de son problème. Ce concept généreux a été lancé en 2015 et devait être généralisé au 1er janvier 2018. Mais il semble que l'objectif est loin d'être atteint. Plusieurs dizaines de milliers de personnes sont en quête de solutions adaptées. Dès lors, plusieurs questions se posent. Cette réforme a-t-elle été lancée sans réflexion sur la capacité de l'Etat à la mettre en oeuvre? Les priorités auraient-elles changées? En attendant pour les personnes handicapées, la seule possibilité est de se tourner vers les associations qui tentent de suppléer les insuffisances ou les incohérences de l'Etat. A l'image de la halte-garderie "La passerelle du sourire" à Meyzieu dans la banlieue lyonnaise qui propose un dispositif innovant pour les parents laissés sans solution.

**Réponse accompagnée pour tous. L'affaire de chacun** [Article] / Bonnin, Olivier in Directions, n° 160, janvier 2018, pp.4-6

**Résumé** : Depuis le 1er janvier 2018, la «réponse accompagnée pour tous», visant à trouver des solutions aux personnes handicapées en situation complexe, est généralisée. Engagée dès 2015, la Loire-Atlantique pourrait servir de boussole dans d'autres territoires. Cet article tire les premiers enseignements de la démarche soulignant notamment les lourdeurs de certains outils de la RAPT : le plan d'accompagnement global (PAG) et le groupe opérationnel de synthèse (GOS).

**"Une réponse accompagnée pour tous"** [Article] / Kherdjemil, Sarah in ASH - actualités sociales hebdomadaires n° 3038, du 15 décembre au 21 décembre 2017, pp.41-49

**Résumé** : La démarche "une réponse accompagnée pour tous" est destinée à mettre en oeuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé afin d'éviter toute rupture dans son parcours. Dans le cadre de cette démarche, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) doivent élaborer avec les personnes ou leur famille un plan d'accompagnement global répondant aux besoins et attentes des usagers et impliquant les différents acteurs de leur prise en charge. Ce dossier juridique revient sur l'élaboration du plan d'accompagnement global ainsi que sur des dispositifs connexes également mis en place : les pôles de compétences et des prestations externalisées, le dispositif ITEP, l'emploi accompagné, le suivi des orientations de la CDAPH, le projet Serafin-PH.

## Rapport de capitalisation : déployer la démarche "Une réponse accompagnée pour tous" - Premiers enseignements et retours d'expérience [Rapport] / Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). (Paris, FRA). - Paris [FRA]

: CNSA, 2017/07, 126 p. [En ligne sur le site de la CNSA](#)

**Résumé** : En 2014, le rapport Piveteau «Zéro sans solution» a présenté une véritable feuille de route pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap, mettant en avant plusieurs principes de transformation majeurs pour l'ensemble des acteurs du secteur : -Passer d'une logique de place à une logique de réponse coordonnée -Apporter une réponse à toutes les situations, même les plus complexes -Renforcer la place de la MDPH en tant qu'ensemblier de la construction des réponses individuelles sur le territoire. La mise en oeuvre des conclusions du rapport Piveteau a été confiée à Marie-Sophie Desaulle dans le cadre de la démarche «Une réponse accompagnée pour tous» qui ambitionne une mise en mouvement de l'ensemble des acteurs autour de quatre axes (mise en place du dispositif d'orientation permanent, déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous, dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs, accompagnement du changement des pratiques). Ce rapport dresse un premier constat de l'expérimentation de la démarche réalisée dans 24 territoires pionniers et identifie des bonnes pratiques et des points de vigilance qui seront utiles aux 66 territoires engagés tout au long de l'année 2017. Les conseils et points d'attention portent sur les 4 axes de la démarche et sur son pilotage.

## Handicap : les pôles de compétences et de prestations externalisées [Article] / Sa, Sorithi in TSA - Travail social actualités, n° 73, juin 2016, pp.40-41

**Résumé** : Complétant la palette de l'offre médico-sociale, les nouveaux pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) doivent permettre de proposer une réponse adaptée aux besoins de toute personne handicapée et de son aidant. Ces pôles s'inscrivent dans le cadre de la démarche «Une réponse accompagnée pour tous». Leur mise en place doit respecter un cahier des charges.

## "Zéro sans solution" : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches [Rapport] / Piveteau, Denis; Acef, Saïd; Debrabant, François-Xavier; Jaffre, Didier; Perrin, Antoine. - Paris [FRA] : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2014/06. - 96p. [Disponible sur le site](#)

### La vie publique

**Résumé** : Le gouvernement avait missionné Denis Piveteau afin de répondre aux besoins des personnes handicapées qui sont confrontées à des ruptures dans leur parcours en établissement spécialisé. Il avait pour mission de proposer au Gouvernement les solutions aptes à faciliter l'admission et l'accueil durable des personnes en situation de handicap exigeant un haut niveau d'expertise. Afin de conduire cette mission, deux groupes de travail ont auditionné les principaux acteurs du soin et de l'accompagnement médico-social et formulé des propositions visant à faire évoluer tant les processus administratifs d'orientation par les MDPH que l'organisation de l'accueil et de l'accompagnement, afin que des réponses durables soient offertes à toutes les situations.

### *Le dispositif intégré des ITEP*

## Mémento Ditep, Réussir le dispositif intégré ITEP-SESSAD. Cadre, outils, retour d'expériences. 51 questions-réponses [Ouvrage] / Casagrande, Thierry, dir., Bougniard, Valérie, et al. - Lorient (FRA) : Analys-Santé Edition, 2018, 192p. [FJ77/0028](#)



**Résumé** : Les politiques publiques visent la généralisation de la logique de fonctionnement en "dispositif" dans les secteurs social et médico-social. Le DITEP constitue l'un des premiers jalons de cette politique de l'offre sociale et médico-sociale. Le dispositif intégré d'ITEP et de SESSAD (DITEP) consiste en une organisation d'établissements et de services destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes concernés. Sa mise en oeuvre implique de nombreux changements en termes d'organisation, de management, de coordination, de suivi des parcours, de partenariats. Le Mémento DITEP a pour objectif d'aider l'ensemble des acteurs concernés par le dispositif intégré.

## Penser la dimension clinique de/dans la coordination au sein d'un PCPE [Article] / David, Raphaël; Pontvianne, Béatrice; Rossello, Jean-Jacques in Enfances & Psy, vol. 91, n°3, 2021, pp. 169-178 [En ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) arrivent depuis peu dans le champ du médico-social, organisé et régulé par l'Agence régionale de santé. Ils constituent désormais une des modalités d'accompagnement que proposent les dispositifs intégrés thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP) pour les enfants/adolescents avec des troubles du comportement. Situés à l'articulation du scolaire, du sanitaire et de médico-social, ils sont destinés à soutenir l'inclusion scolaire là où elle est menacée. Les auteurs présentent tout d'abord le contexte de leur création et leur cadre d'intervention. Puis, au travers de l'accompagnement d'un enfant de 5 ans et de sa mère par une éducatrice coordinatrice, ils s'efforcent de montrer le rôle du professionnel et mettent l'accent sur la fonction de coordination, soutenue par l'éducatrice, dans sa dimension clinique.

**La « Coordination », l'élément pivot dans une logique de parcours en « Dispositif » : Témoignage d'un cadre d'un DITEP en cours de mise en place** [Article] / Le Jolly, Florence in Cahiers de l'Actif (Les), n° 534-535, novembre-décembre 2020, pp.251-260

**Résumé** : la directrice adjointe d'un SESSAD ITEP revient sur les réponses que peut apporter le dispositif DITEP et les questions que posent la mise en place de la coordination de chaque parcours.

**Dispositif intégré en ITEP - Accompagner à la carte** [Article] / Olan, Marc in Lien social, n° 1282, 27 octobre au 9 novembre 2020, pp.18-24

**Résumé** : Le fonctionnement en dispositif intégré offrirait aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques un modèle de prise en charge plus souple, modulable en fonction des besoins de l'enfant. Les premiers retours d'expérience sont plutôt positifs. Ce dossier propose un bilan ainsi qu'un reportage : « Les Alicantes » à Nîmes est l'un des premiers instituts thérapeutique, éducatif et pédagogique à avoir adopté le dispositif intégré. Cet établissement a entamé une transformation profonde de son fonctionnement depuis dix ans.

**Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension** [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA); Inspection générale de l'Education nationale (IGEN) (Paris, FRA); Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR) (Paris, FRA); Lavigne, Claude; Raymond, Michel; Falaize, Benoît; et al. - Paris [FRA] : La Documentation Française, 2018. - 269p. [En ligne sur le site de l'IGAS](#)

**Résumé** : Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), créés en 2005, reçoivent, en internat ou semi-internat, des enfants, adolescents et jeunes adultes qui, sans présenter de déficience intellectuelle ou cognitive, connaissent des difficultés psychologiques dont l'expression (intensité des troubles du comportement notamment) perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ils sont orientés vers ces instituts (qui totalisaient environ 15 000 places en 2014) par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) leur sont fréquemment associés. En 2013, l'expérimentation d'un assouplissement de leur fonctionnement, dit "dispositif intégré", a été engagée dans sept régions. Elle visait à donner une réponse adaptée aux besoins évolutifs des jeunes concernés et à décloisonner les accompagnements, notamment entre le secteur médicosocial et l'Education nationale. La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 a permis la généralisation progressive de ce dispositif "intégré" à l'ensemble des ITEP et de leurs éventuels SESSAD. Ce rapport en dresse un état des lieux et trace des pistes pour son extension. Il constate que le "dispositif intégré" suscite des dynamiques positives, tant pour les jeunes concernés que pour les professionnels. Il analyse les axes de transformation permettant la généralisation de la démarche d'inclusion sociale et scolaire pour les jeunes d'ITEP, puis propose trois scénarios en vue d'une extension de ce type de fonctionnement à l'ensemble des enfants handicapés.

**Le cadre juridique du dispositif Itep** [Article] / Sa, Sorithi in TSA - Travail social actualités, n° 85, septembre 2017, pp.34-39

**Résumé** : Mis en place à titre expérimental depuis 2013, le dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) est en phase de généralisation. Objectif : assurer un accompagnement plus souple et mieux adapté aux besoins des jeunes en dépassant les logiques traditionnelles d'organisation et de financement du secteur social et médico-social. Ses modalités de fonctionnement, définies dans le cadre d'une convention-cadre, doivent respecter un cahier des charges.

### *L'équipe relais handicaps rares*

**La coordination des parcours de soin par les outils connectés** [Ouvrage] / Richard, Julie-Anna - Toulouse (FRA) : Erès, 2022, 339p. [FJ10/1567](#)



**Résumé** : À l'ère d'une société dite « inclusive », émergent, par les technologies de communication, de nouvelles réponses collectives pour soutenir les situations complexes de handicap, coordonner et structurer les parcours problématiques. Ce livre prend appui sur une pratique professionnelle de coordination de parcours au sein d'un dispositif d'Équipe relais handicaps rares. À partir de nombreux récits qui mettent en scène des personnes en situation de handicap, leurs proches et les partenaires impliqués, l'auteure témoigne de la richesse de cette nouvelle modalité d'intervention sociale, à l'avant-garde des professions dont la mission est d'accompagner des personnes vulnérables.

**Maladie sans diagnostic ou ultra-rare : de la quête de réponses au chemin de l'acceptation** [Article] / Ribeiro, Murielle; Bonneau, Dominique in Le Journal des psychologues, vol. 372, n°10, 2019, pp. 63-67 [En ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Sentiment d'isolement, culpabilité, incompréhension, confusion, autant d'éprouvés soulevés par les patients affectés par une maladie sans diagnostic ou ultra-rare et, avec l'errance médicale qui la caractérise, par les professionnels. Face à cet inconnu, les laissant aux prises avec leur imaginaire et leurs projections, seul un accompagnement spécifique serait à même d'aider la personne et sa famille à évoluer avec la maladie. La Plateforme régionale d'information et d'orientation pour les maladies rares (Prior) et l'Équipe

relais handicaps rares (Erhr) de la région Pays de la Loire accompagnent des personnes qui connaissent des situations de vie particulières, souvent complexes, en relation avec une maladie ou un handicap rares.

### *Des exemples de réalisation*

**Transformer un institut médico-éducatif : Pour un avenir "hors les murs"** [Ouvrage] / George-Esteban, Anthony - Paris (FRA) : L'Harmattan, 2021, 136p. [FJ11/0188](#)



**Résumé :** Le secteur social et médico-social traverse une profonde mutation : il ne s'agit pas simplement d'un défi économique, mais d'une transformation de culture professionnelle. L'enjeu de la personnalisation de l'accompagnement des personnes en situation de handicap est lourd de sens, tant il correspond à un besoin de considération encore très vaguement engagé en France. En effet, l'évolution des droits, les progrès médicaux, mais aussi les représentations que la société porte sur le handicap obligent les pouvoirs publics et les professionnels à reconsidérer les possibles réponses à apporter aux bénéficiaires et aux familles. Cet ouvrage présente les transformations organisationnelles opérées dans l'IME « les Colibris » dans les Bouches-du-Rhône : le passage d'une prise en charge cloisonnée vers un accompagnement « hors les murs », qui optimise la prise en compte de chaque parcours de vie.

**Des parcours à la carte** [Article] / Vion, Aurélie in *Directions*, n° 211, septembre 2022, pp.12-14

**Résumé :** Transformer un IMpro et un Sessad en dispositif intégré : le Comité mosellan de sauvegarde l'a fait dès 2019 en créant le dispositif d'accompagnement médico-éducatif (Dame) La Horgne. Un bouleversement de l'offre qui a nécessité de profonds changements en termes de logiques de management pour les professionnels et d'accompagnement des jeunes.

**Troubles du spectre autistique. Une équipe mobile au secours des usagers** [Article] / Barbet, Rémi in *ASH - actualités sociales hebdomadaires*, n° 3264, du 17 juin au 23 juin 2022, pp. 24-27

**Résumé :** À Vesoul, en Haute-Saône, les professionnels du pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) sillonnent chaque jour les routes pour rompre l'isolement des adultes souffrant de troubles du spectre autistique. Dans ce département très rural, le service apporte un soutien social, médical, psychologique et éducatif aux usagers.

**Un guichet unique au plus près des personnes** [Article] / Brissaud, Elise in *Directions*, n° 205, février 2022, pp.16-19

**Résumé :** Depuis un an et demi, une petite équipe anime un dispositif expérimental sur ce territoire rural du pays de Bray (Seine-Maritime) : la plateforme territoriale de services (PTS). Son objectif ? Anticiper les ruptures de parcours et améliorer l'inclusion des personnes en situation de handicap en coordonnant l'offre de services disponibles.

**Adapter le soin par la coordination territoriale** [Article] / Gambin, Elsa in *TSA - Travail social actualités*, n° 96, octobre 2018, pp.24-26

**Résumé :** En Loire-Atlantique, depuis un an, un dispositif expérimental d'accès au soin pour les personnes en situation de handicap a vu le jour. Baptisé Handisoins 44, et chapeauté par trois sites - deux hôpitaux et une clinique – ce dispositif est accessible via un numéro de téléphone unique et coordonne le parcours du patient handicapé en proposant un accompagnement sur-mesure.

**La coordination : une fonction à géométrie variable au service des logiques de parcours** [Article] / Pautasso-Chadoutaud, Sébastien; Brousse, Aline; Duclos, Marine; et al in *Cahiers de l'actif*, n°504-507, mai-août 2018, pp.197-273

**Résumé :** Dans ce dossier consacré à la coordination, la troisième partie se penche plus particulièrement sur des exemples de pratiques innovantes dans le domaine du handicap : la Coordination Autisme AURA 77, la plateforme de services DIAPASOM dédiée à l'accompagnement des sourds ou malvoyants, le collectif Handi-cap 22, la coordination 69 Soins psychiques et Réinsertions, le Mouvement Parcours Handicap 13.

**Action médico-sociale précoce : L'urgence de ne plus attendre. Dossier** [Article] / Rouff-Fiorenzi, Katia in *Lien social*, n° 1221, 23 janvier au 5 février 2018, pp.23-29

**Résumé :** Les centres d'action médico-sociale précoce assurent la prise en charge globale et pluridisciplinaire d'enfants âgés d'un jour à six ans qui présentent des troubles du développement, pathologies ou handicaps. Mais leur vocation à agir le plus tôt possible se heurte au manque de places et aux disparités territoriales. Pour réduire les délais d'attente et répondre aux demandes les plus urgentes, les Camps adoptent des solutions alternatives : prise en charge coordonnée avec le libéral, partenariat avec les familles pour participer à l'accueil et à l'information... Ce dossier revient sur les difficultés et les initiatives mises en place avec notamment un zoom sur le RézoCAMSP de Brioude (Haute-Loire) qui a constitué, en zone rurale, un important réseau de professionnels paramédicaux et d'établissements sanitaires et sociaux.

**La force du réseau pour les enfants vulnérables [Article] / Desgrées du Loû, Gaëlle in Directions, n° 151, mars 2017, pp.16-18**

**Résumé :** Un centre d'action médico-sociale précoce qui intervient sur un bassin de vie rural couvrant trois départements, ce n'est pas la seule originalité de RézoCAMSP en Haute-Loire. Depuis 2011, grâce à de multiples partenariats, cette structure polyvalente assure un suivi de proximité des enfants de moins de six ans en situation de handicap.

**12e trophée prix adaptation de l'offre aux usagers : Se coordonner pour exaucer les souhaits des résidents [Article] / Colomb, Noémie in Directions, n° 150, février 2017, pp.12-14**

**Résumé :** Le complexe médico-social Le Chardon Bleu situé à Albertville (Savoie) a recentré son organisation autour des attentes et des besoins des résidents handicapés psychiques afin de leur rendre leur pouvoir d'agir. Principales nouveautés : un service de coordination des projets et des parcours, et des professionnels réorientés sur des missions d'empowerment.

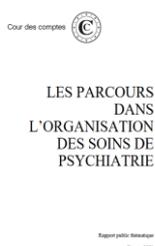
## Le parcours de la personne en psychiatrie et santé mentale

**Case management en psychiatrie [Ouvrage] / Gozlan, Guy, coord. - Issy-les-Moulineaux (FRA) : Elsevier-Masson, 2021, 201p. [FR21/0545](#)**



**Résumé :** Face aux inégalités territoriales et sociales de santé, la facilitation de l'accès aux soins et aux services pour les patients, par exemple pour les jeunes présentant un premier épisode psychotique constitue un enjeu majeur de santé publique. Le case management, par son mode d'organisation, est recommandé au niveau international et répond à l'évolution du système de santé, pour les pathologies chroniques nécessitant une médecine personnalisée ainsi qu'une détection et une intervention précoces en santé mentale. Il permet de coordonner et d'assurer l'utilisation, par les usagers, des soins et des services qui les aident à satisfaire leurs besoins multiples et complexes. En proposant un panorama complet de la méthode, Case management en psychiatrie présente ainsi, en 13 chapitres, les bases théoriques, la mise en place dans les services de santé mentale, les métiers clefs et les formations, les aspects éthiques, économiques et juridiques ainsi que son évaluation. L'intention de cet ouvrage est de proposer un guide pour l'implantation du case management de cas complexes dans les structures de soins en santé mentale.

**Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie [Rapport] / Cour des Comptes (Paris, FRA) - Paris (FRA) : Cour des comptes, 2021, 189p. [En ligne sur le site de la Cour des comptes](#)**



**Résumé :** En lien avec les chambres régionales des comptes, la Cour a cherché, à partir des nombreuses données disponibles et de visites et contrôles sur site, à décrire et comprendre la répartition et l'allocation des moyens entre les différents types de patients concernés par les soins de santé mentale et de psychiatrie (du simple malade aux troubles psychiatriques plus sévères). Le constat principal est celui d'une offre de soins diverse, peu graduée et insuffisamment coordonnée. Pour y remédier, la Cour formule sept recommandations, visant notamment à définir une politique de soins plus cohérente et à renouer avec la pratique des soins inclusifs initiée dans les années 1960, dans une logique de qualité de l'accompagnement et de dignité des patients.

**Le nouvel ambulatoire en santé mentale : pour une vie debout ! [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA), Farcy, Nadine, Martinez, Corinne - Paris (FRA) : ANAP, 2021/11, 52p. [FR21/0551](#) [Document papier et en ligne sur l'ANAP](#)**



**Résumé :** Créés par la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) visent à améliorer le parcours de santé et de vie des personnes concernées par des troubles psychiques. Après avoir conçu une méthode d'élaboration des PTSM, l'ANAP a souhaité aborder la question de leur contenu. Quels principes devraient guider les actions à déployer dans les territoires pour satisfaire à l'ambition posée par la loi ? Pour apporter des réponses, les auteurs sont partis du retour d'expérience d'acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, qui ont mis en place ou développent des dispositifs originaux, destinés à faciliter le parcours des personnes. Ils se sont également appuyés sur les analyses de trois groupes de réflexion composés d'experts et d'équipes représentant une vingtaine d'établissements, ainsi que de personnes concernées. Fruit de l'ensemble de ces travaux, cette publication propose une synthèse des bonnes pratiques managériales et organisationnelles qui contribueront à concrétiser l'enjeu des PTSM. En complément, le lecteur trouvera un glossaire, des monographies de dispositifs innovants et huit fiches à télécharger sur le site de l'Anap.

**Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Rapport] / Haute Autorité de Santé (HAS) (Paris, FRA) - Saint Denis La Plaine (FRA) : HAS, 2018, 78p. [En ligne sur le site de la HAS](#)**



**Résumé :** Ce guide a pour finalité d'améliorer le diagnostic, les prises en charge et le suivi de patients souffrant de troubles mentaux, notamment en évitant les ruptures de soins, par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste exerçant en ville (libéral ou salarié) et les autres acteurs de soins (les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, urgentistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine...). Pour cela, ce document dresse un état des lieux des expériences conduites pour améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Cet état des lieux s'appuie sur une recherche bibliographique et sur un recensement des expériences menées en France. À partir de ces expériences, des repères et outils applicables au champ de la psychiatrie et de la santé mentale sans y être nécessairement spécifiques, ont été extraits. Ils peuvent être mobilisés de façons différentes selon les contextes d'exercice et les besoins des acteurs en tenant compte notamment des contraintes démographiques, souvent à l'origine des difficultés de disponibilité et d'accessibilité rencontrées par les patients.

**Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale : Méthodes et outils pour les territoires [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA), Martinez, Corinne, Proult, Elise - Paris (FRA) : ANAP, 2016/12, 40p. [FR21/0495](#) Disponible papier et sur le site calameo**



**Résumé :** La démarche d'élaboration d'un parcours en psychiatrie et santé mentale proposée par l'ANAP a pour objectif l'amélioration des réponses aux besoins des personnes adultes vivant avec des troubles psychiques au sein d'un territoire. Cette méthode vise également à rendre cohérentes les interventions respectives des acteurs qui œuvrent dans des champs ordinairement séparés (sanitaire, médico-social, social) et contribue à partager des pratiques professionnelles qui étaient jusqu'alors clivées. Elle s'appuie sur les travaux issus de deux vagues d'accompagnement par l'ANAP de projets territoriaux portés par 6 ARS. La présente publication restitue la méthode ainsi que les clés et facteurs de réussite de ce type de démarche en indiquant : •Comment se préparer à entrer dans la démarche – Prérequis •Comment structurer la démarche – Phase I : Cadrage •Comment construire un diagnostic partagé – Phase II : Élaboration du diagnostic partagé •Comment parvenir à une feuille de route réaliste – Phase III : Élaboration de la feuille de route •Comment pérenniser la démarche – Phase IV : Mise en œuvre de la feuille de route. Ce recueil est accompagné d'une boîte à outils téléchargeables sur le site de l'ANAP : fiches thématiques, supports-types...

**Le parcours du patient en psychiatrie et santé mentale : quelles singularités ? [Article] / Théron, Sophie *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 3, mai-juin 2021, pp.405-414**

**Résumé :** La singularité des parcours en psychiatrie et santé mentale se perçoit à un double niveau : non seulement ils font l'objet d'une planification spécifique ; mais aussi leurs contenu et modalités de mise en œuvre se révèlent hétérogènes. Par ailleurs, la prise en charge du patient en psychiatrie ne pouvait rester à l'écart de l'objectif de décloisonnement formulée par loi du 26 janvier 2016 : c'est le rôle du projet territorial de santé mentale et des communautés psychiatriques de territoire.

**Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une opportunité pour la psychiatrie de secteur [Article] *in* L'information psychiatrique, vol. 98, n° 8, 2021, pp. 703-714**

**Résumé :** La psychiatrie et la médecine générale ont évolué de façon indépendante (« en silos ») en France, avant d'esquisser dans une période récente des coopérations (des « bridges ») sous le double effet de l'augmentation de la demande et du déclin démographique de ces deux spécialités. Une description de l'organisation des soins selon quatre niveaux populationnels aide à situer la place des réalisations locales et des projets de développement de coopérations entre médecine générale et psychiatrie. Les modes de coopération entre généralistes et psychiatres qui sont à l'œuvre à l'étranger et en France sont décrits. Proposées en 2016 par la loi dite de « modernisation du système de santé », les « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS) sont conçues pour favoriser la coopération entre professionnels de santé libéraux et salariés, entre médecine de ville et établissements de santé, et entre établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux à l'échelle d'un territoire de santé (100 à 20 000 habitants). Les secteurs psychiatriques, menacés de voir se rétrécir le socle de leur recrutement autour des malades nécessitant des suivis hospitaliers, éventuellement sous contrainte, trouvent dans les CPTS de nouveaux partenaires et une ouverture vers d'autres patientèles. Leur vocation à mener des actions de prévention et de santé publique est renforcée.

**Communautés psychiatriques de territoire : Quatre ans après la loi de 2016, quel bilan ? [Article] / Bideran, Carles de; Bétrémieux, Marc; Haoui, Radoine; Madelpuech, Bruno *in* Revue hospitalière de France, n° 595, juillet-août 2020, pp.33-37**

**Résumé :** La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit l'obligation de publier des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et la possibilité de créer des communautés psychiatriques de territoire (CPT). Les CPT représentent une forme de coopération originale qui doit trouver sa place au sein des groupements hospitaliers de territoire, sans y être tout à fait soluble. En effet, elles ont pour mission de projeter une organisation globale des soins, des accompagnements, de la vie sociale et citoyenne. En cela, leur articulation avec les PTSM, qu'il convient aussi de replacer dans le contexte d'émergence des CPT, est un aspect essentiel de leur compréhension.

**Prise en charge somatique en établissements autorisés en psychiatrie** [Article] / Yekhlef, Wanda; Peron, Sylvie *in* Revue hospitalière de France, n° 594, mai-juin 2020, pp.42-50

**Résumé** : Une cartographie réalisée par la CNAM documente le sur-risque très important de maladies cardiovasculaires et de cancer du poumon qui touche les personnes atteintes de pathologies psychiatriques. Comment expliquer ces indicateurs préoccupants et un parcours de soins marqué par autant de ruptures dans le suivi ? Un changement des pratiques est fortement attendu. Psychiatrie et médecine générale étant complémentaires, le suivi doit être conjoint et le maillage des soins pensé à toutes les étapes de la prise en charge du patient suivi en psychiatrie. L'enquête Psy-Soma dresse un diagnostic précis des organisations en place permettant d'améliorer la prise en charge somatique des personnes suivies en psychiatrie, un des six axes prioritaires du projet territorial de santé mentale. Suite aux conclusions de l'enquête, des préconisations d'amélioration des pratiques ont été formalisées par la conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers spécialisés.

**Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : quels freins et conditions de réussite ?** [Article] / Bartoli, Annie; Gozlan, Guy; Sebai, Jihane *in* Politiques & management public, vol. 36, n°2, 2019, pp. 199-221 **Disponible papier et en ligne sur Cairn**

**Résumé** : Le secteur de la santé mentale connaît un certain nombre de difficultés et dysfonctionnements (Laforcade, 2016) qui paraissent souvent liés à des facteurs entremêlés d'ordre organisationnel, institutionnel et culturel. Diverses analyses scientifiques et opérationnelles, au plan international, incitent à explorer de nouveaux modèles de prise en charge, permettant une approche plus globale et mieux coordonnée, s'appuyant notamment sur l'imbrication des soins et des services sociaux et médico-sociaux. Cet article examine, à partir d'un cadre théorique interdisciplinaire (santé publique, psychiatrie, management et organisation) et d'une étude de cas approfondie, en quoi la mise en œuvre d'un dispositif structurel et managérial innovant et s'efforçant de répondre à des besoins identifiés, peut se heurter à des obstacles tels que des formes de conservatisme sociétal et diverses manifestations de résistance au changement. Ainsi, cette recherche exploratoire met en avant d'une part la faisabilité et l'opportunité de nouveaux modèles de prise en charge du patient en santé mentale, et également les défis à surmonter et les conditions de réussite de ce type d'évolution.

**Handicap psychique : Cap sur la coopération ?** [Article] / Graradji, Nadia *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3098, du 15 février au 21 février 2019, pp.24-28

**Résumé** : Faute d'une véritable coopération entre la psychiatrie, le social et le médico-social, le parcours de soins et de vie des personnes atteintes de troubles psychiques est encore trop souvent parsemé de ruptures. Des efforts restent à faire pour surmonter les obstacles et... briser les tabous. Quels dispositifs mettre en place pour assurer la coordination et la continuité des liens entre l'hôpital, le domicile, les acteurs du social et médico-social ? Quel va être l'apport des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qui seront mis en œuvre d'ici 2020 ? Les EHPAD sont-ils adaptés pour accueillir les psychotiques âgés ? Comment faire reculer la stigmatisation vis-à-vis de la maladie psychique ?

**Le projet territorial de santé mentale : quel bénéfice pour le parcours des usagers ?** [Article] / Marescaux, Jacques; Botbol, Michel; Bourdillon, François *in* Pratiques en santé mentale, n° 1, février 2018, pp.3-54 **Disponible papier et en ligne sur Cairn**

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 dispose d'ancrer l'organisation et la pratique des soins psychiatriques et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans une logique du territoire qu'explicite de manière plus concrète le rapport Laforcade. L'article 69 de cette loi distingue clairement la politique de santé mentale qui inclut des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale, et l'organisation du territoire sur lequel cette politique est déclinée. Mais ce ne sont pas seulement les professionnels de la santé qui sont conviés à élaborer et mettre en œuvre cette politique, mais aussi l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion, les collectivités locales, les conseils locaux de santé et de santé mentale, sans oublier les représentants des usagers. Il est demandé préalablement à cette myriade d'acteurs de réaliser un diagnostic territorial partagé permettant d'identifier les ressources disponibles et de préconiser les actions pour remédier aux insuffisances constatées, avec un objectif prioritaire : garantir une continuité des parcours de santé et de vie, de qualité, sécurisés et sans rupture. Si des réserves liées aux arrières-pensées financières de la technostucture sanitaire sont compréhensibles, il ne s'agit pas néanmoins, comme d'aucuns le craignent, qu'il se substitue au secteur de psychiatrie qui a inversé la logique asilaire et organisé une proximité et une continuité des soins, mais d'aller plus loin avec un secteur rénové qui associe la société civile. Cela implique de prendre en compte d'emblée l'accompagnement dans la vie quotidienne et notamment la question centrale de l'accès au logement et de l'accès à l'emploi, mais aussi de l'accès à une citoyenneté, en particulier lorsqu'une mesure de protection juridique demeure nécessaire. Ce nouveau territoire de santé mentale qui est celui de l'ensemble des acteurs invités à soigner et accompagner des personnes confrontées à des troubles psychiques suscite néanmoins quelques questions qui ont été débattues lors des journées d'octobre 2017 à Amiens.

**Santé mentale : il va falloir travailler ensemble** [Article] / Langlois, Géraldine *in* Gazette santé social (La), n° 145, novembre 2017, pp.15-22

**Résumé** : Le monde de la santé mentale est à un tournant, de l'avis de nombreux acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Dans son article 69, elle prévoit d'organiser la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques via des projets territoriaux de santé mentale. Les acteurs qui doivent prendre l'initiative de monter ces projets se trouvent devant une page blanche, avec l'occasion de ramener la psychiatrie et la santé mentale vers les besoins de la personne et non sa maladie.

## Des exemples de réalisation

**Chronicité : restructurer le temps et faire advenir le futur** [Article] / Ouhayoun, Brigitte *in* Gestions hospitalières, n°629, octobre 2023, pp.490-493

**Résumé** : L'évolution de l'offre de soins en santé mentale est marquée par la volonté de limiter les temps d'hospitalisation et de les consacrer prioritairement aux situations dites « aiguës ». Cette orientation infléchit les pratiques de soins qui peuvent se révéler inadaptées aux besoins de personnes hospitalisées sur le temps long. Le GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences a mis à disposition des patients dont le potentiel évolutif s'avère plus lent un dispositif innovant doté d'une équipe mobile, de deux unités d'hospitalisations et d'une riche palette d'outils de réhabilitation psychosociale. Ce dispositif a démontré sa capacité à limiter certains effets de chronicisation. Le Dr Brigitte Ouhayoun développe ici l'hypothèse que ce succès repose notamment sur la restructuration d'une temporalité ajustée.

**Plus-value de la coordination en psychiatrie : l'équipe pluriprofessionnelle Réseau Psy-UACH-Vigilan's** [Article] / Beg, Sabrina *in* Revue hospitalière de France, n° 594, mai-juin 2020, pp.51-53

**Résumé** : Créé en 2017, le réseau Psy au centre hospitalier spécialisé de Sevrey s'adresse aux professionnels (médecins, travailleurs sociaux, établissements...) et a pour objectif d'améliorer la coordination des parcours complexes en psychiatrie. En collaboration avec l'unité d'accueil et de coordination des hospitalisations (UACH), elle assure depuis janvier 2020 une nouvelle mission : la prévention du suicide et du risque de récurrence suicidaire. Au cours de la crise sanitaire Covid-19, une cellule d'écoute a été également mise en place pour apporter une aide aux habitants du département.

**Projet territorial de santé mentale, une opportunité associative** [Article] / Bertolotti, Guillaume *in* Soins cadres, n°113, septembre 2019, pp.40-42

**Résumé** : Accompagner les personnes vulnérables, les populations défavorisées et en souffrance est le credo de l'Association vosgienne pour la sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes. Elle s'est investie dans l'élaboration collective d'un projet territorial de santé mentale qui constitue une opportunité de redéfinition partagée des modes d'organisation et d'action de l'ensemble des partenaires étayant le parcours de vie des personnes en situation de handicap liée à la maladie psychique.

**Projet territorial de santé mentale et collaboration pour la direction des soins** [Article] / Schneider, Patricia *in* Soins cadres, n°113, septembre 2019, pp.37-39

**Résumé** : Le département des Ardennes s'est engagé dans la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale en juin 2018 en suivant la démarche pédagogique structurante transmise par l'ANAP. La directrice des soins du CH Béclair, établissement public de santé mentale (EPSM) des Ardennes témoigne dans cet article de la conduite du PTSM et des enseignements à tirer pour une direction de soins.

**Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ?** [Article] / Fau, Léa; Gelas Ample, Bernadette; Pillot Meunier, Françoise *in* Information psychiatrique (L'), vol. 93, n° 2, février 2017, pp. 107-110 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Les patients souffrant de pathologies psychiatriques ont une espérance de vie diminuée. Cette surmortalité est liée à une fréquence élevée de maladies somatiques. Leurs fortes prévalences et leurs faibles diagnostics sont liés à un accès aux dépistages, aux soins somatiques et à la prévention plus médiocres. Pour permettre un meilleur accès, une consultation et un réseau somatique ont été créés dans la région lyonnaise. L'objectif est d'amener le patient à réintégrer le système libéral pour assurer un suivi pérenne pour mieux prévenir ces pathologies. Cette réintégration permet aussi de décloisonner les soins somatiques et psychiatriques.

## Le parcours de la personne vieillissante

Depuis 2022, les dispositifs d'appui dédiés à la coordination des personnes âgées (PAERPA, MAIA) ont été unifiés au sein d'un dispositif unique créé par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 : **le dispositif d'appui à la coordination (DAC)**, service dédié à l'appui aux parcours de santé pour les personnes en situation complexe. Les documents sur le DAC sont disponibles [ici](#)

## Etudes générales

**Le virage ambulatoire dans le secteur des soins aux personnes âgées** [Article] / Defebvre, Marguerite-Marie *in* ADSP Actualité et dossier en santé publique, n° 118, juin 2022, pp.42-44 [Document papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : L'expérience des parcours de santé personnes âgées (Paerpa) a montré qu'il faut assurer une organisation pour passer d'une réponse de premier recours en silo vers une gestion coordonnée intégrée avec accès à l'expertise. C'est un programme qui visait une collaboration interdisciplinaire et pluriprofessionnelle et c'est dans cet esprit que doit s'inscrire le virage ambulatoire pour les personnes âgées. Retour sur les dispositifs existants permettant de réduire les durées de séjour ou de sécuriser les retours à domicile : Prado, infirmiers (IDE) de parcours complexes, expérimentations article 51...

**Dossier autonomie. Complémentarités sanitaires/médico-sociales au service des parcours de vie et de soins des personnes âgées** [Article] / Friot-Guichard, Valérie; Balandier, Cécile; Chansiaux-Bucalo, Christine *in* Revue hospitalière de France, n° 602, septembre-octobre 2021, pp.57-71

**Résumé** : La prise en soins des personnes âgées en perte d'autonomie, tant à domicile qu'en établissement, se heurte depuis longtemps à la segmentation de l'organisation de notre système de santé, encore insuffisamment pensée en fonction des parcours de vie des personnes. Les articles présentés dans ce dossier ont été rédigés par trois professionnelles investies dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Ils témoignent de leur expérience dans la mise en oeuvre de dispositifs qui rapprochent les acteurs, au service d'une prise en soin de plus grande qualité. Le premier article présente l'expérience du GHT Aube-Sézannais qui a mis en oeuvre, durant la crise sanitaire, un dispositif territorial d'appui aux Ehpad. Le second revient sur la voie choisie par l'ARS Ile-de-France qui a activé en 2020 trois dispositifs face à la crise sanitaire : l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) en Ehpad, l'activation d'une hotline ville/hôpital pour les patients âgés, le soutien des équipes mobiles gériatriques aux Ehpad. Le troisième présente deux dispositifs expérimentaux celui des infirmiers de nuit mutualisés en Ehpad et la prise en charge de patient Covid âgés à domicile par Vigie Age.

**Comprendre la dynamique et les enjeux de coordination des parcours de santé : proposition d'un cadre d'analyse à partir des phénomènes de rupture** [Article] / Aubert, Isabelle; Kletz, Frédéric; Sardas, Jean-Claude *in* Management & Avenir Santé, vol. 7, n°2, 2020, pp. 17-35 [En ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : La promotion de la logique du parcours, destinée à faire évoluer la prise en charge des patients vers une approche coordonnée et globale, imprègne le champ de la santé depuis une quinzaine d'années en France. Pourtant, l'observation des parcours réels témoigne de la survenue encore fréquente de ruptures dans leur déroulement, entraînées par des désajustements de la réponse aux besoins des patients et des défauts de coordination entre les acteurs. L'objet du présent article est d'analyser les modalités de construction et de déconstruction de cet équilibre précaire et évolutif entre l'offre et les besoins d'aides et de soins, d'en tirer des enseignements sur la notion de rupture, et de proposer un cadre d'analyse adapté à la complexité de cette notion. La méthode de recherche adoptée est qualitative et repose sur une étude de cas multiples, fondée sur la reconstitution de parcours de personnes âgées en situation complexe et sur des entretiens réalisés avec les professionnels de santé d'un territoire et une aidante d'un patient.

**Parcours des personnes âgées dans le système de santé** [Article] / Lussier, Marie-Dominique *in* Regards, vol. 57, n° 1, 2020, pp. 115-126 [En ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : La population âgée et très âgée qui bénéficie de l'amélioration de son espérance de vie en bonne santé a la particularité de cumuler la polypathologie et la chronicité. Les premiers travaux sur les parcours de cette population au sein du système de santé ont permis de mieux s'approprier ce concept et de modéliser des actions à mener. Nous nous attacherons ici à préciser comment surgit la notion de parcours, comment améliorer la gestion des maladies chroniques, leur prise en charge et l'accompagnement des personnes. Nous nous appuyons sur les expériences étrangères, les enseignements de l'expérimentation nationale Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (Paerpa) pour identifier les pratiques probantes et invariantes dans la mise en oeuvre des parcours de santé.

**Parcours de soins et pluridisciplinarité. Dossier** [Article] / Cudennec, Tristan; Sauzé, Séverine; Chouhan, Céline; Mézière, Anthony; et al. *in* Soins gérontologie, n°130, mars-avril 2018, pp.11-31

**Résumé** : Le travail de coordination des soins gériatriques sur un territoire donné doit permettre de pouvoir dispenser aux sujets âgés des soins programmés ou non, d'optimiser la qualité du soin proposé, de favoriser un suivi optimal et de diffuser les principes de la médecine gériatrique. Les enjeux sont multiples : identification des patients fragiles, sécurisation du retour à domicile, réduction des risques de réhospitalisation... Ce dossier revient sur l'amélioration du parcours des sujets âgés et les actions menées au sein d'établissements pour promouvoir le lien ville/hôpital et l'interdisciplinarité. Les points abordés sont les suivants : -Mieux prévenir les réhospitalisations : la stratégie adoptée par le service de médecine interne et maladies vasculaires du CHU d'Angers ; -L'organisation du retour à domicile et les facteurs d'échecs d'une RAD de qualité ; -La pertinence du passage aux urgences des résidents d'Ehpad de 75 ans et plus ; -Retour sur l'accompagnement d'une personne handicapée vieillissante : l'intervention d'une équipe gérontologique dans un lieu de vie pour personnes en situation de handicap.

*Retour sur les anciens dispositifs : PAERPA, MAIA*

**PAERPA**

**Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ?** [Fascicule] / Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (Paris, FRA); Or, Zeynep; Bricard, Damien; Penneau, Anne *in* Questions d'économie de la santé, n° 252, novembre 2020, 8p. [Disponible papier et en ligne sur l'IRDES](#)

**Résumé** : L'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, est un programme visant à faire progresser la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux au niveau local. Le nombre et la diversité des dispositifs proposés et des acteurs impliqués dans la mise en place des projets rendent cette expérimentation et son évaluation complexes. Cet article dresse un bilan des résultats et des principaux enseignements de l'évaluation d'impact de l'expérimentation, réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Globalement, l'expérimentation a un effet modeste, mais significatif, pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse et les passages aux urgences, sans pour autant en avoir sur les hospitalisations des personnes âgées. La faible mobilisation des professionnels de santé autour des dispositifs Paerpa explique en partie ces résultats. Les analyses par territoire montrent que les résultats globaux sont portés par quelques territoires dont les contextes locaux ont permis une plus forte adhésion des professionnels de santé. Si les Plans personnalisés de santé (PPS), visant à renforcer la prise en charge globale des personnes âgées, ont permis d'enclencher une prise en charge médico-sociale au domicile des

personnes âgées les plus fragiles avec une hausse des dépenses de soins infirmiers et une baisse des dépenses de médecine générale et de pharmacie, ils n'ont pas eu d'impact immédiat sur le recours à l'hôpital et la polymédication. Le manque d'impact visible de l'expérimentation sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions et les hospitalisations évitables, interroge sur les limites des outils mis en place. Pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale des personnes âgées, il semble nécessaire de créer des passerelles plus formalisées entre les professionnels de ville, y compris les médecins spécialistes, les soignants à domicile et les acteurs hospitaliers.

**PAERPA : Un modèle inspirant [Article] / Taillandier, Laura in Directions, n° 190, octobre 2020, pp.4-6**

**Résumé :** Un décloisonnement, une fluidité de parcours mais une application hétérogène... Alors que l'expérimentation Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (Paerpa) est close, ses acteurs pointent ses bénéfices et ses limites. Des enseignements qui vont nourrir la future réforme de l'Autonomie, assure la ministre déléguée, Brigitte Bourguignon.

**Développer la coordination de proximité pour les situations complexes. Retour d'expériences des territoires PAERPA [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Prout, Elise; Sayous, Philippe . - Paris [FRA] : ANAP, 2020/09. - 46p. [cote FD30/0055](#)**

**Résumé :** Dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), les professionnels de santé du premier recours peuvent fonctionner en Coordinations cliniques de proximité (CCP) afin de renforcer leur collaboration. Ces coordinations visent à favoriser et sécuriser le maintien à domicile des personnes en situation de fragilité et renforcer la logique du parcours de soins coordonnés et du parcours de vie. Cette publication analyse les modalités de mise en oeuvre des coordinations cliniques de proximité déployées dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » ainsi que les modalités d'appropriation des différents acteurs qui y participent. L'objectif est d'identifier ce qui « fait coordination » et de comprendre, du point de vue des professionnels, les apports et les limites de cette modalité de coordination. Cinq territoires parmi les dix-huit engagés dans le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » ont été ciblés pour comprendre et analyser le déploiement du concept de coordination clinique de proximité : la Mayenne, le Var Est, les Hautes-Pyrénées, Bordeaux et le territoire roannais.

**Expérimentations Paerpa 2013-2019 : Bilan et perspectives du parcours des aînés [Rapport] / Ministère des Solidarités et de la Santé (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020/07/10. - 24p. [En ligne sur le site du Ministère de la Santé](#)**

**Résumé :** Les pouvoirs publics ont lancé, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé en 2013, l'expérimentation du programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). Depuis la mise en place des premiers PAERPA en 2014, 18 territoires sont entrés dans le dispositif, soit au moins un territoire par région métropolitaine, et au total ce sont près de 550 000 personnes âgées de plus de 75 ans qui ont pu en bénéficier. Dans ce dossier de presse, le Ministère des Solidarités et de la Santé propose un bilan et une mise en perspective des enseignements tirés après 6 années d'expérimentation.

**Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins [Rapport] / Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (Paris, FRA); Penneau, Anne; Bricard, Damien; Or, Zeynep. - Paris [FRA] : IRDES, 2019/07. - 36p [En ligne sur le site de l'IRDES](#)**

**Résumé :** Dans le cadre des expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 pour améliorer la prise en charge des personnes âgées en «risque de perte d'autonomie», un outil de coordination, le Plan personnalisé de santé (PPS), a été proposé. Le PPS est un outil innovant qui a pour objectif d'améliorer la coordination et la continuité des prises en charge sanitaires et sociales, et ainsi de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation et la polymédication. Cette étude vise à évaluer l'impact de la réalisation d'un PPS sur les parcours de soins en observant l'évolution de la consommation de soins et de la qualité de prise en charge des personnes âgées qui en bénéficient. Les résultats montrent que les personnes âgées qui ont bénéficié du PPS ont des besoins complexes, nécessitant une prise en charge sanitaire et médico-sociale. On observe un impact direct du PPS sur les dépenses d'infirmières à domicile qui augmentent significativement dans la première année suivant le PPS, sans se traduire par une augmentation des dépenses globales en ville, puisqu'il s'accompagne d'une réduction des dépenses de soins de généralistes et de médicaments. En revanche, on ne constate aucun effet significatif du PPS sur les hospitalisations évitables, la polymédication et le recours aux urgences. Au regard des résultats et des remontées des informations des territoires pilotes, le PPS semble être un outil mobilisé par les professionnels de santé de premier recours pour enclencher une prise en charge médico-sociale et sociale au domicile de la personne. Mais pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale, il serait important de créer des passerelles plus formalisées avec les médecins spécialistes et les acteurs hospitaliers.

**Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) [Fascicule] / Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (Paris, FRA); Bricard, Damien; Le Guen, Nelly; Or, Zeynep; Penneau, Anne in Questions d'économie de la santé, n° 235, juillet 2018, 8p. [Disponible papier et en ligne sur le site de l'IRDES](#)  
*Voir aussi le rapport n° 567 de l'IRDES «Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats» paru en juin 2018 [En ligne sur le site de l'IRDES](#)***

**Résumé :** Les expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants en faisant progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social au niveau local. L'évaluation des impacts médicaux et économiques des projets pilotes, prévue dans le cahier des charges Paerpa, renvoie à des enjeux méthodologiques multiples en raison du nombre et de la diversité des acteurs impliqués, de la variété des interventions déployées dans chaque territoire, et de l'hétérogénéité des territoires sélectionnés parmi un ensemble de territoires volontaires. Les premiers résultats observés à partir

des données 2015 et 2016, années correspondant à la montée en charge des expérimentations, ne permettent pas d'établir un effet moyen significatif propre à Paerpa sur les indicateurs de résultats retenus lorsqu'on étudie l'ensemble des territoires. Néanmoins, les analyses par territoire permettent de déceler des effets significatifs dans quelques-uns d'entre eux, notamment pour les indicateurs de résultats les plus sensibles aux soins primaires.

**Une coopération au service du parcours des personnes âgées** [Article] / Prout, Elise; Guezennec, Marine; Lussier, Marie-Dominique, et al. *in* Soins cadres, n°104, novembre 2017, pp. 28-30

**Résumé** : La complexité des situations vécues par les personnes âgées, sur le plan médical et social, a conduit les pouvoirs publics à concevoir un projet visant à faciliter et fluidifier les parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie intitulé PAERPA. Intersectoriel et pluriprofessionnel, il mobilise de nombreux acteurs dans les territoires et induit de multiples actions positives.

**Évaluation qualitative PAERPA : rapport final** [Rapport] / Gand, Sébastien; Periac, Elvira; Bloch, Marie-Aline; Henaud, Léonie *in* Série Etudes et Recherches. Document de travail – DREES, n° 135, 2017/05, 72p. [Disponible sur le site de la Drees](#)

**Résumé** : Portée par l'équipe des chercheurs de Mines Paris Tech-EHESP-CNRS, cette évaluation qualitative de l'expérimentation PAERPA s'est appuyée sur des diagnostics territoriaux et des entretiens pour analyser les facteurs clefs de succès, voire d'échec, des dispositifs PAERPA. Plusieurs points sensibles sont mis en avant par l'évaluation : le sous-dimensionnement de l'équipe-projet et une fragilisation du rôle du chef de projet obèrent les capacités de déploiement du programme, les outils numériques sont déployés avec beaucoup de retard et restent globalement inaboutis, le déploiement des mesures Paerpa est rarement une priorité dans le champ hospitalier... Cependant, le travail d'évaluation qualitative met en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives (perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours, décloisonnement des différentes parties prenantes), certaines réalisations produisant des effets encourageants (soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la CTA, découverte de pratiques professionnelles auparavant ignorées, intérêt manifeste pour les dispositifs transitoires entre hôpital et EHPAD ou entre hôpital et domicile, etc.). Des recommandations à l'équipe nationale et aux équipes-projet sont émises en fin de rapport concernant notamment le pilotage national du projet, la gouvernance locale, la mobilisation des professionnels, l'écosystème CTA/PPS/CCP, les systèmes d'information, ou bien encore les dispositifs de transition ville/hôpital/EHPAD.

**Programme Paerpa, les leçons de l'expérimentation** [Article] / Paquet, Michel *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3005, du 07 avril au 13 avril 2017, pp.30-33

**Résumé** : Ce dispositif qui vise à organiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie permet de créer des liens entre les soignants libéraux et les acteurs du domicile. Néanmoins, dans un secteur encombré d'outils de coordination, bien des étapes restent à franchir avant une généralisation.

**Mettre en place la coordination territoriale d'appui. Retour d'expériences des territoires PAERPA** [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Pruvot, Axelle; Pichereau, Pauline; Prout, Elise; Lussier, Marie-Dominique. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/09. - 30p. [cote FD30/0044](#) [Disponible papier et en ligne sur le site Calameo](#)

**Résumé** : Issue du programme PAERPA, la Coordination territoriale d'appui (CTA) soutient les professionnels de proximité dans l'organisation de la réponse aux besoins de santé des personnes âgées. Quelques mois après son installation, comment est-elle organisée, quels sont ses apports et à quels défis est-elle confrontée? À partir du retour d'expérience de neuf territoires pilotes, cette publication présente les modalités de mise en place d'une CTA et établit une première évaluation.

**Piloter l'activité d'une équipe mobile de gériatrie. Retour d'expériences des territoires PAERPA** [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Battaglia, Eva; Duchange, Emilie; Lussier, Marie-Dominique; Prout, Elise. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/06. - 36p. [cote FD30/0043](#) [Disponible papier et en ligne sur le site Calameo](#)

**Résumé** : Les équipes mobiles de gériatrie sont l'un des « maillons » constitutifs de la filière de soins gériatriques, telle que la définit la circulaire du 28 mars 2007. Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, le rôle clé des équipes mobiles de gériatrie dans la fluidité des parcours des personnes âgées a été souligné par les professionnels participant à la démarche et plusieurs territoires ont intégré dans leur feuille de route opérationnelle des actions les concernant. Cette publication s'inscrit dans une démarche globale de capitalisation autour du projet PAERPA et constitue l'un des premiers retours relatifs aux actions mises en œuvre dans les territoires pilotes. Après un rappel du cadre réglementaire dans lequel s'exerce leur activité ainsi que les modalités de financement prévues par les textes, la publication présente un retour d'expérience des équipes mobiles de gériatrie intervenant sur les territoires PAERPA : leurs modalités de fonctionnement, les bonnes pratiques mises en place et les difficultés rencontrées. Le dernier volet décrit la démarche menée par l'ANAP en lien avec les professionnels des équipes mobiles pour élaborer un outil de suivi de l'activité des équipes permettant d'alimenter un rapport d'activité type. Les principes d'utilisation de l'outil et les indicateurs calculés dans le rapport d'activité sont détaillés.

**Organiser la gouvernance d'un projet Parcours. Retour d'expériences des territoires PAERPA** [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Pruvot, Axelle; Pichereau, Pauline; Lussier, Marie-Dominique; Duchange, Emilie. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/05. - 32p. [cote FD30/0042](#)  
[Disponible papier et en ligne sur le site Calameo](#)

**Résumé** : Cette publication capitalise sur les modalités de mise en place de la gouvernance sur les neuf territoires de l'expérimentation PAERPA à partir du cahier national 2013. Elle porte sur les 3 sujets suivants : la mobilisation des partenaires et la mise en cohérence des instances, l'animation des instances, l'organisation de l'équipe projet.

**Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA)** [Rapport] / Haute Autorité de Santé (HAS) (Saint Denis La Plaine, FRA). - Saint Denis La Plaine [FRA] : HAS, 2014/03. – 15p. [Disponible sur le site de la HAS](#)

**Résumé** : Dans l'expérimentation PAERPA, le PPS (plan de soins et d'aides) concerne les personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité et/ou atteintes de une ou plusieurs maladie(s) chronique(s). L'objectif de ce document est d'aider les professionnels à organiser la prise en charge des personnes par une analyse concertée des problèmes identifiés et la prise en compte de leurs attentes. Pour cela ils sont invités à accorder une égale importance aux dimensions médicales, psychologiques et sociales. Il s'agit d'un support qui peut être approprié et adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche.

## MAIA

**Le dispositif MAIA** [Article] / Accos, Maryse *in* Revue de gériatrie (la), vol. 47, n° 1, janvier 2022, pp.25-30

**Résumé** : La MAIA est une méthode conçue pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en situation complexe à domicile en articulant et mettant en cohérence des ressources existantes sur le territoire, et renforcer la lisibilité de l'offre d'aides et de soins. Retour sur la méthode MAIA et sur l'évolution de la gestion de cas avec la mise en œuvre des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

**Gouvernance interorganisationnelle et prise de décision au sein de dispositifs de coordination territorialisés, le cas des MAIA** [Article] / Vincent, Béatrice; Jean-Amans, Carole *in* Politiques & management public, vol. 39, n°3, 2022, pp. 341-363 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Cette étude propose d'analyser l'influence d'un modèle de gouvernance interorganisationnelle sur la capacité des acteurs à décider et agir. Une étude de cas a été menée au sein d'un réseau non hiérarchique, celui des MAIA. Cette recherche a permis dans un premier temps de qualifier le modèle de gouvernance étudié. Dans un second temps, les sources et les jeux de pouvoir entre les deux sphères d'influence tutélaires du sanitaire et du social ont été identifiés. Cette analyse a permis d'évaluer leur influence sur le processus de décision des acteurs et d'identifier des points de blocage. Des leviers d'action ont été mis en évidence qui peuvent éclairer la mise en place de nouveaux modèles de gouvernance pour les nouveaux dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

**Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas** [Article] / Campéon, Arnaud; Le Bihan, Blanche; Sopadzhyan, Alis *in* Sciences sociales et santé, vol. 39, n° 4, décembre 2021, pp.5-39 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Mieux coordonner les secteurs social, médico-social et de santé pour éviter les ruptures des accompagnements proposés est une priorité forte des pouvoirs publics depuis les années 2010. Plusieurs dispositifs de coordination ont ainsi été créés avec cet objectif. En investiguant le déploiement local de l'un d'eux, les MAIA, nous étudions la manière dont les nouveaux professionnels qu'il introduit – les gestionnaires de cas – développent leur activité sur des territoires où préexistent d'autres formes de coordinations professionnelles. Basée sur des matériaux qualitatifs, l'analyse des stratégies mises en place par les gestionnaires de cas pour lever les résistances des autres professionnels dévoile les différentes dimensions de la dynamique locale de coordination. Cette dernière se construit dans des espaces d'interactions ordinaires, plus ou moins formels, propices à une socialisation à la coordination pluriprofessionnelle. Les difficultés inhérentes à ce processus renseignent quant à elles sur les enjeux actuels des politiques de coordination.

**Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en oeuvre des recommandations** [Rapport] / Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (Paris, FRA). - Paris [FRA] : CNSA, 2017.- 126p. [Disponible sur le site du CNSA](#)

**Résumé** : La méthode et les dispositifs MAIA se généralisent depuis 2011. La loi d'adaptation de la société au vieillissement a conforté ces dispositifs, notamment en autorisant les professionnels qui interviennent dans le cadre d'une équipe de soins à échanger des informations relatives à la santé, à la situation sociale et à l'autonomie des personnes âgées afin de faciliter leur parcours. Tout en tenant compte de la diversité des territoires et des contextes institutionnels dans lesquels se déploient les dispositifs MAIA, l'évaluation devait permettre : - de bien comprendre le fonctionnement des dispositifs MAIA qui ont été généralisés en 2011 et confortés par le plan Maladies neurodégénératives ainsi que par la loi d'adaptation de la société au vieillissement ; - d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'intégration des services d'aide et de soins pour un meilleur parcours des personnes âgées et éclairer les effets de la coopération à l'échelle territoriale. L'évaluation a été confiée à une équipe de chercheurs et consultants en lien avec un comité de pilotage présidé par un membre de l'Inspection générale des affaires sociales. Le dossier se compose du rapport final et de 4 annexes : l'analyse documentaire, l'enquête exhaustive auprès de l'ensemble des MAIA et élaboration d'une typologie MAIA, l'enquête ARS et l'enquête gestion de cas.

## **Intégrer les services pour rationaliser l'action publique. Les nouveaux professionnels de la transversalité dans le secteur de l'autonomie** [Article] / Bertillot, Hugo *in* Terrains & travaux, n° 30, 2017/1, p. 5-30. [En ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Depuis quelques années, les pouvoirs publics déploient une «Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie» (MAIA). Il s'agit d'un modèle organisationnel souple, reposant sur une variété d'outils managériaux adossés à des savoirs de gestion. Sa mise en œuvre territoriale est confiée à des «pilotes» spécifiquement recrutés pour porter l'intégration, qui travaillent à formaliser les missions des professionnels, simplifier les organisations et optimiser la régulation publique. En procédant à l'analyse du positionnement singulier de ces pilotes et des différentes facettes du travail d'intégration qu'ils accomplissent, cet article met au jour l'émergence de nouveaux professionnels de la transversalité, qui œuvrent à la rationalisation de l'organisation des services offerts aux usagers par l'exercice d'un pouvoir d'influence plus que de coercition.

## **MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie** [Ouvrage] / Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (Paris, FRA). - Paris [FRA] : CNSA, 2014/10. - 22p. [Disponible sur le site du CNSA](#)

**Résumé** : Ce "Cahier pédagogique" propose une définition de l'intégration des services d'aide et de soins mise en oeuvre par la méthode MAIA. Ce document est destiné en priorité aux établissements et services d'aide et de soins qui accompagnent de près ou de loin les personnes âgées en perte d'autonomie de 60 ans ou plus et leurs aidants, et qui sont concernés par l'intégration (équipes des conseils généraux, de centres locaux d'information et de coordination, réseaux de santé, établissements de santé, référents des agences régionales de santé, professionnels libéraux...). Il s'adresse également aux porteurs, aux pilotes MAIA et aux gestionnaires de cas chargés de la mise en oeuvre opérationnelle de l'intégration. Le document propose 4 points d'entrée pour comprendre ce qu'est MAIA, quels sont les acteurs concernés, comment ils s'organisent, et quels sont les atouts de cette méthode de travail.

### ***Plateforme d'expertise gérontologique, centre de ressources territorial, Ehpad hors les murs : Un nouveau modèle de coordination ?***

→ **Note** : Voir aussi les documents sur les plateformes de service dans la [rubrique Analyse générale](#)

## **Transformation de l'EHPAD : S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées** [Fascicule] / Jacqueline, Elisabeth, Martinaud, Caroline, Raucaz, Anne - Paris (FRA) : ANAP, 2020/07, 61p. [HY11/0010](#)



**Résumé** : La transformation des EHPAD est une voie à explorer pour répondre aux besoins croissants des résidents, se positionner dans le parcours de la personne âgée en collaborant avec les acteurs du domicile et améliorer l'attractivité des structures. Ce guide a pour objectif d'identifier des pratiques remarquables d'évolution de l'offre et de l'organisation en EHPAD, à partir d'une sélection d'expériences réussies. Les transformations analysées dans ce guide permettent aussi bien de modifier la structure que l'organisation et le fonctionnement d'un établissement. Elles concernent des diversifications de l'offre, des mutualisations, des regroupements de services et/ou d'établissements, des évolutions organisationnelles et des changements de pratiques au bénéfice de la personne accompagnée et des personnels.

## **L'Ehpad de demain : Centre de ressources territoriales pour les solidarités, l'accès aux soins de santé et l'autonomie** [Article] / Gouabault, Pierre *in* Revue hospitalière de France, n° 605, mars-avril 2022, pp.94-96

**Résumé** : L'Ehpad de demain accompagnera les transitions de parcours de vie de la personne en perte d'autonomie et de ses aidants. Cet « Ehpad centre de ressources » sera un animateur territorial qui fédérera l'ensemble des acteurs du bassin de vie (médecine de ville et sanitaire, médico-social et social, privé/public/libéral) autour d'un projet de territoire.

## **Un dispositif Ehpad « hors les murs » : l'utilisation par ses bénéficiaires** [Article] / Braverman, Louis; Dufour-Kippelen, Sandrine; Fermon, Béatrice *in* Gérontologie et société, vol. 43, n° 165, 2021/10, pp. 263-277 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Favoriser le maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie conduit à développer de nouvelles organisations de prises en charge. Dans cet article, on s'intéresse à un dispositif expérimental d'Ehpad « hors les murs » qui offre une palette de services au sein d'un Ehpad ou au domicile pour un accompagnement renforcé au domicile. L'adéquation des réponses offertes aux besoins exprimés par les aînés est un enjeu fort de ce type d'innovation. Les données collectées et les entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation de cette expérimentation permettent d'étudier les usages et les ressentis des bénéficiaires. Si les bénéficiaires et leurs aidants se déclarent globalement satisfaits de la personnalisation possible de l'accompagnement, des contraintes organisationnelles en limitent cependant l'étendue. Par ailleurs, le recours aux différents services proposés se caractérise par d'importantes variations, certaines prestations étant peu utilisées, voire jamais, alors que d'autres le sont régulièrement et par une proportion importante de bénéficiaires. Ces résultats alimentent le débat sur les limites du processus de désinstitutionnalisation que ces expérimentations visent.

**L'avenir de l'Ehpad est au domicile : expérimentation d'un dispositif d'accompagnement renforcé au domicile dans le cadre de l'article 51** » [Article] / Lautman, Albert *in* Regards, n°57, 2020, pp. 187-194 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : La Mutualité Française s'est associée à la Croix-Rouge et au groupe Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (HSTV) pour co-construire une offre, modulable, à domicile, permettant d'éviter ou de retarder au maximum l'entrée en institution. Ce dispositif alternatif propose une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise d'un Ehpad dans l'accompagnement de la perte d'autonomie d'une personne âgée.

**Ehpad "centre de ressources" : une clé pour la vie à domicile ?** [Article] / Darmon, Laetitia *in* TSA - Travail social actualités, n° 102, mai 2019, pp.8-9

**Résumé** : Depuis quelques années, des centres de ressources se développent, portés par des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), avec une fonction de prévention et d'animation sociale de proximité. Le rapport Libault les imagine au coeur d'une réorganisation décloisonnée du secteur; les fédérations de l'aide à domicile y voient, eux, une incohérence avec la logique domiciliaire.

**Maintien à domicile : vers des plateformes numériques de services** [Rapport] / Petit, Alexandre, dir.; Malki, Mohammed, dir. - Paris [FRA] : Caisse des Dépôts et Consignations, 2019/12. - 71p. [En ligne sur le site La banque des territoires](#)

**Résumé** : La Banque des Territoires du groupe Caisse des Dépôts a mandaté en novembre 2018 le cabinet ALOGIA Groupe, une société d'études et de conseil spécialisée dans l'accompagnement des professionnels sur le marché de la Silver Économie, pour réaliser une étude d'évaluation des dispositifs expérimentaux qui se sont développés en France sous de la terminologie «EHPAD hors les murs». L'objectif était : -De réaliser un état de l'art et d'identifier les bonnes pratiques, de comprendre leurs contextes et leurs enjeux, notamment sanitaires et médicosociaux, auxquels elles tentent de répondre -De démontrer leur caractère innovant par rapport à l'offre existante, en particulier le rôle du digital dans leur mise en œuvre -Et d'en dégager les facteurs clés de succès, les freins et les risques potentiels.

**L'Ehpad en quête d'un nouveau modèle** [Article] / Cerin, Elliot *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires n°3080, du 19 octobre au 25 octobre 2018, pp.22-26

**Résumé** : Réinventer l'Ehpad... Plus qu'une ambition, c'est une nécessité stratégique et économique pour le secteur du grand âge, qui doit s'adapter à l'évolution des besoins et des attentes des résidents. Sur les territoires, les expérimentations d'Ehpad «hors les murs» se multiplient, faisant évoluer le modèle de l'établissement vers celui de la plateforme d'expertise gérontologique. Mais si ce type d'Ehpad "hors les murs" fait déjà des émules, se pose toutefois la question des modalités de financement et de réglementation.

### *Des exemples de réalisation*

**Les "équipes Parcours Santé Personnes âgées" d'Occitanie : une innovation organisationnelle issue de la crise COVID visant à optimiser le parcours de soins des résidents d'Ehpad** [Article] / Villars, Hélène; Rolland, Yves; Blain, Hubert; et al. *in* Revue de gériatrie (la), vol. 48, n° 8, octobre 2023, pp.423-428

**Résumé** : Les équipes gériatriques des établissements de santé de la région Occitanie, coordonnées par les CHU de Toulouse et Montpellier et soutenues par l'ARS Occitanie, ont fait évoluer leurs dispositifs de crise nés du Covid à destination des EHPAD en un dispositif régional appelé "équipes Parcours Santé Personnes âgées" (EPS PA). Quatorze EPS PA de proximité oeuvrent à fournir aux résidents des 820 Ehpad d'Occitanie un accès direct et simplifié à l'expertise gériatrique et au juste soin, harmonisé et coordonné à l'échelle régionale. Le projet, axé sur la pertinence des parcours - en particulier le recours approprié aux urgences - comporte également une facette qualité, incluant notamment un soutien à l'amélioration des pratiques et un accès à la connaissance par webinaires mensuels à la disposition des professionnels des Ehpad. Cet article présente l'historique du dispositif et son activité récente.

**Amélioration du parcours cognitivo-comportemental par la mise en place d'un staff pluridisciplinaire ville-hôpital** [Article] / Le Néchet, Anne; Béatrice Ginestet, Anne; Maggiore, Caroline; et al. *in* Soins gérontologie, n°159, janvier-février 2023, pp. 36-41

**Résumé** : Amélioration du parcours cognitivo-comportemental par la mise en place d'un staff pluridisciplinaire ville-hôpital : Afin d'améliorer le parcours cognitivo-comportemental, et en s'appuyant sur une histoire de travail en collaboration ville-hôpital bien ancrée, un staff mensuel regroupant des professionnels hospitaliers, extrahospitaliers et une association d'usagers permet d'analyser et de répondre de manière coordonnée et graduée aux situations complexes. Après neuf mois de fonctionnement, le récit de trois situations complexes illustre les bénéfices et limites d'un tel dispositif.

**Retour d'expérience sur la mise en place de coordonnateurs de filières gériatriques de territoire dans les Hauts-de-France** [Article] / Bloch, Frédéric; Gilquin, Anne-Cécile; Defebvre, Marguerite-Marie *in* Revue de gériatrie (la), vol. 48, n° 1, janvier 2023, pp.23-29

**Résumé** : L'Agence régionale de santé (ARS) de la région Hauts-de-France a adopté, dans son Projet régional de santé (PRS), l'objectif de renouveler la labellisation des filières gériatriques de territoire (FGT) en impliquant l'ensemble des acteurs concernés sur ces territoires. L'ARS a lancé l'appel à projet en juillet 2020 qui prévoyait de retenir un dossier par territoire de filière, l'objectif de la FGT étant de fédérer les différents acteurs de la gériatrie autour d'un projet commun avec un engagement sur les principes suivants : - recrutement d'un coordonnateur avec une fiche de poste régionale harmonisée -travail sur les thématiques prioritaires décidées avec

les universitaires (urgences, oncogériatrie, chutes, psychogériatrie) -intensification des liens entre structures sanitaires et Ehpad - structuration des parcours interétablissements. Quel bilan après un an de mise en oeuvre effective ?

**Toutes les prestations d'un Ehpad à domicile** [Article] / Kammerer, Mariette *in* Directions, n° 168, octobre 2018, pp.16-18

**Résumé** : A Sartrouville (Yvelines), un Ehpad et des services d'aide à domicile (Saad et Ssiad) ont mis au point une offre commune clé en mains qui s'appuie sur une équipe mobile intégrée. Une alternative à l'entrée en institution qui crée une passerelle innovante entre structure et domicile.

**La perte d'autonomie des patients âgés hospitalisés** [Article] / Hequet, Fanny; Lotin, Maxime; Guillaume, Marie-Chantal; et al. *in* Gestions hospitalières, n° 577, juin-juillet 2018, pp.399-402

**Résumé** : Impliqué dans l'expérimentation nationale Paerpa, le centre hospitalier de Valenciennes a mis en place un axe de prévention institutionnel autour du risque de perte d'autonomie de la personne âgée hospitalisée. Portée par l'équipe mobile de gériatrie et la commission de coordination gériatrique, cette démarche s'appuie sur le dépistage de la fragilité grâce à la mise en place d'échelles validées. Les premiers résultats sont encourageants.

**Isereadom teste le bien vieillir à domicile** [Article] / Boutif, Sihem *in* Gazette santé social, n° 149, mars 2018, pp.43-45

**Résumé** : Lancé à titre expérimental le 15 novembre 2017, Isereadom est une plateforme de services visant à aider maintien à domicile des personnes âgées pour reculer le plus possible l'entrée en dépendance. Ce projet, mené par le conseil départemental de l'Isère, est le fruit d'une collaboration entre le public et le privé, pour apporter des réponses innovantes et imaginer un modèle économique pérenne.

## Autres populations

### Périnatalité

**Mam'en forme : Parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis** [Article] / Perreau, Lucile *in* Concours pluripro, vol. 145, n° 30, décembre 2023, pp.32-35

**Résumé** : Au cours du premier semestre 2024, l'expérimentation proposera un parcours de soins pluridisciplinaire et personnalisé aux femmes enceintes du secteur de Saint-Denis (93) qui présentent des facteurs de précarité ou de vulnérabilité (parcours migratoires, psychotraumatismes, violences...) et qui sont en situation d'obésité. Ce parcours, porté par le réseau de santé périnatal "Naître dans l'Est Francilien" et le centre hospitalier Delafontaine permet d'avoir une prise en charge médico-psycho-diététique de la grossesse et du post-partum afin d'éviter les ruptures de parcours et de diminuer la morbi-mortalité périnatale.

**Parcours de soins périnatals et grande précarité : expérience du réseau solipam (Solidarité Paris Maman Île-de-France)** [Article] / Herschkorn Barnum, Paule *in* Contraste, n°46, 2017/2, pp. 189-206 [En ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : La grande précarité psychosociale ne fait que croître en Île-de-France depuis quinze ans, touchant de plus en plus de femmes enceintes et d'enfants. Déclaration de grossesse tardive, moindre recours au diagnostic prénatal, peu ou pas d'accès à l'entretien prénatal précoce et à la préparation à la naissance, non-prise en compte de la précarité sociale comme un véritable facteur de risque médical dans les protocoles de soins... la non-conformité du suivi de grossesse s'ajoute aux risques somatiques, physiques et psychologiques de la grande exclusion pour faire de ces situations périnatales des cas cliniques complexes qui menacent la santé des femmes et des enfants concernés. Cette question de santé publique mobilise tous les acteurs du réseau solipam (Solidarité Paris Maman idf), réseau régional de santé périnatalité/grande précarité, dans une même volonté d'intégrer les risques environnementaux dans le projet de soins périnatals de la mère et de son enfant.

**Le réseau SOLIPAM : quelle satisfaction des professionnels de santé participant au réseau chargé de la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité en Ile-de-France ?** [Mémoire] / André Poyaud, Florie; Andro Mélin, Alexandra; Brunet De La Charie, Gabrielle; Giambruno, Camille; Grienberger, Sophie; Herault, Augustin; Jaffard, Ophélie; Queyroy, Pauline; Rispal, Evelyne; Vivier, Marion; Ziegler, Lara; Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) (Rennes, FRA). – 2017.- (Mémoire EHESP - module interprofessionnel de santé publique). - 28+XXVp [cote MIP17/0006 Disponible papier et en ligne sur le site du service documentation de l'EHESP](#)

**Résumé** : le réseau périnatal SOLIPAM, créé en 2006 et d'initiative parisienne, a pour objectif d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité en favorisant la dynamique partenariale entre les autres acteurs de la périnatalité. Sa régionalisation, impulsée par l'ARS, a permis d'inclure un nombre croissant d'acteurs des secteurs médico-psycho-social, qu'ils soient institutionnels ou associatifs. Cette intégration se révèle d'autant plus complexe que le maillage territorial francilien est riche et les problématiques rencontrées par les femmes toujours plus sensibles. Les entretiens menés auprès de ces professionnels ont permis de dresser un bilan de cette satisfaction. Si le plaidoyer sur la situation des mères précaires auprès des pouvoirs publics est apprécié de tous, un manque de lisibilité sur les missions de SOLIPAM est regretté et exige une clarification de celles-ci afin de ne privilégier un recours au réseau périnatal pour les cas les plus complexes, notamment l'errance sur plusieurs départements. L'étude des outils mis en place met en exergue une utilisation disparate et pas toujours appropriée par les professionnels pouvant susciter un sentiment de contrainte. Ces dispositifs tels que la fiche navette méritent d'être déployés numériquement pour accélérer les échanges et solutionner plus rapidement les situations. Enfin, un renforcement du rôle de SOLIPAM sur trois moments clés du parcours périnatal devrait être

envisagé : la première échographie de datation, la sortie de maternité et la sortie du réseau. Cela permettrait d'éviter toute rupture de prise en charge et de limiter les dangers de la précarité sur la femme enceinte et le bébé.

**Sortie de maternité : des TISF en soutien du couple mère-bébé [Article] / De Vaumas, Eléonore in ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3018, du 07 juillet au 13 juillet 2017, pp.34-37**

**Résumé :** La signature d'une convention nationale entre la Caisse nationale d'assurance maladie et la Caisse nationale des allocations familiales, le 8 janvier 2016, a permis d'élargir l'intervention à domicile des techniciens d'intervention sociale et familiale auprès des familles en sortie de maternité. Et de légitimer une profession encore méconnue dans le champ de la périnatalité, même si le dispositif tarde à se mettre en place à l'échelle nationale. A Lyon, depuis 2010, les TISF de l'Association ADIAF-Savaramh collaborent avec des réseaux de périnatalité.

**Coopérer en anté et postnatal [Numéro spécial] / Gouzvinski, Françoise; Dugnat, Michel; Nezelof, Sylvie; et al. in Spirale, 2016/02, 136p. [En ligne sur la base Cairn](#)**

**Résumé :** La périnatalité désigne désormais à la fois une période de la vie du père, de la mère et du bébé, un ensemble de professionnels (qui pour certains ne s'occupent que de femmes enceintes et de bébés et qui pour d'autres s'occupent de bébés et d'autres personnes), et enfin une politique destinée à améliorer la prise en charge à la fois médicale, psychique et sociétale de ces familles en devenir. La coopération entre les institutions, mais surtout entre les différents professionnels -quel que soit leur lieu d'exercice, avec leurs différents métiers, et parfois aussi leurs différences de conception-, est une absolue nécessité pour accueillir bébés et parents. Pour cela, la mobilisation de professionnels et une certaine attention des pouvoirs publics qui s'est exprimée par le Plan Périnatalité, doivent être entretenues. Les expériences pour donner cohérence, fiabilité, continuité, au suivi et à l'accompagnement des femmes enceintes, de leur compagnon et des bébés (nés ou à naître), sont racontées dans ce numéro de Spirale.

### *Enfance*

**Les « parcours de santé » à la croisée du social et du sanitaire : Une enquête à partir des expériences vécues des parents et des professionnel.les dans le cadre de l'accompagnement en santé mentale des enfants [Rapport] / Terrier, Eugénie. - Rennes [France] : Comité Régional du Travail Social de Bretagne (CRTS), 2022/10. - 184p. [En ligne sur le CRTS Bretagne](#)**

**Résumé :** Ce rapport présente les résultats de la recherche réalisée dans le cadre de la saisine du Comité Régional du Travail Social de Bretagne au sujet de l'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire à partir de la notion de « parcours de santé » et des expériences des personnes accompagnées. Cette approche s'est appuyée sur différents travaux en sciences sociales et plus particulièrement en « géographie sociale de la santé » qui s'intéresse aux inégales possibilités des personnes à mobiliser des ressources dans leur accès aux soins et à l'aide sociale au sein de leur espace de vie. L'équipe a mené une enquête qualitative auprès de parents cumulant des difficultés sociales et un besoin de soin en santé mentale pour leur(s) enfant(s), des professionnel.le.s du sanitaire et du social intervenant auprès de ces familles, et ceci sur deux types de territoires : les quartiers politiques de la ville et les communes rurales isolées. Plusieurs structures se sont engagées dans la recherche : une maison de santé pluriprofessionnelle, un centre social, un centre médico-social départemental et une association de solidarité.

**Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés [Article] / Charbonnel, Aude in Revue hospitalière de France, n° 592, janvier-février 2020, pp.8-10**

**Résumé :** Le constat est indiscutable : les soins des enfants et adolescents pris en charge par la protection de l'enfance sont mal coordonnés, alors qu'ils peuvent s'avérer très complexes et que ces patients constituent une population particulièrement vulnérable aux besoins spécifiques. Le CHU de Nantes a proposé, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, d'expérimenter un parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés qui prévoit une prise en charge somatique et psychologique précoce. Si cette expérimentation a pour effet de déroger à certaines dispositions légales en matière de financement, elle exige en revanche le respect des normes relatives aux droits des patients et à l'exercice de l'autorité parentale. Cet article revient sur les impacts et les implications juridiques pour les établissements de santé d'une telle expérimentation.

### *Précarité*

**Projet-e-CARE : un dispositif expérimental d'aide au parcours de soin pour les patients en situation de précarité. Bilan après deux ans [Article] / Ouanhon, Lisa; Esquerre, Blandine; Champrobert, Karine; et al. in Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques, vol. 18, n° 7, septembre 2022, pp.304-310 [Document papier et en ligne sur la base John Libbey](#)**

**Résumé :** Le dispositif "e.CARE" s'est construit autour de plusieurs axes : le repérage de personnes en situation de précarité et d'errance médicale, l'accompagnement au parcours de soins coordonné en s'appuyant sur la médecine de ville et un dossier de suivi informatisé partagé, et la formation des professionnels de santé et travailleurs sociaux. Sur près de deux ans de fonctionnement, 56 situations ont été évaluées sur demande de multiples structures médicales ou sociales. 25 patients ont été inclus dans un accompagnement au parcours rapproché, majoritairement des hommes souffrant de pathologies cardio-pulmonaires, métaboliques ou hépatiques. Un travail de repérage et de communication auprès des professionnels a permis de renforcer un réseau médico-social préexistant, ainsi que le lien ville/hôpital, tout en proposant une offre de formation adaptée à chacun. Les consultations avancées dans les lieux d'accueil de personnes en situation de précarité ont permis une orientation vers des structures adaptées, des actions de prévention et d'éducation à la santé, première étape vers l'empowerment de ces populations. L'exemple d'e.CARE, à la fois réseau de soin et centre ressource, semble être pertinent dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

**Coopération pluriprofessionnelle : Vers de nouveaux collectifs en santé** [Article] / Georges-Tarragano, Claire; Mechali, Denis; Girier-Diebolt, Christine; et al. *in* Revue hospitalière de France, n° 582, mai-juin 2018, pp.22-27

**Résumé** : Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) aspirent à proposer un nouveau modèle de prise en charge des populations démunies qui conjugue concertation pluriprofessionnelle, décloisonnement ville-hôpital, prise en compte du contexte de vie particulier du patient... Elles illustrent l'intérêt de nouvelles approches collectives en santé et préfigurent un modèle d'innovation centré sur le patient et son parcours.

**Un ACT mobile maintient un suivi jusqu'au domicile** [Article] / Lepasteur, Gladys *in* Directions, n° 162, mars 2018, pp.16-18

**Résumé** : L'association L'Abri (Evreux) a mis en place un service expérimental baptisé ACT Domicile qui accompagne les personnes souffrant de maladies chroniques et en difficultés sociales vivant en logement autonome. Une véritable équipe mobile de coordination aux interventions souples et adaptées.

**Un partenariat entre Emmaüs et l'hôpital : A l'écoute des compagnons** [Article] / Chaudieu, Emmanuelle; Grimonet, Diane *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3020-3021, du 21 juillet au 24 août 2017, pp.20-24

**Résumé** : La communauté Emmaüs de Planay-Châtillon-sur-Seine a signé un partenariat avec le pôle psychiatrie-santé mentale de l'hôpital de Semur-en-Auxois qui permet d'assurer un suivi auprès de compagnons ayant des problèmes de santé mentale et d'addiction à l'alcool.

**12e trophée mention coopération sur le territoire : Mettre en réseau le soin et l'hébergement** [Article] / Kammerer, Mariette *in* Directions, n° 153, mai 2017, pp.16-18

**Résumé** : Depuis trois ans, en Seine-Saint-Denis, le SIAO 93, cinq centres d'addictologie et un de stabilisation expérimentent l'orientation et le suivi commun de personnes ayant à la fois des problématiques de toxicomanie et d'hébergement. Résultat? Un accompagnement global et mieux adapté dont bénéficient les usagers, mais aussi les partenaires.

**Exclusion : le Phare, un lieu hybride au service des précaires** [Article] / Bonnet-Mundschau, Laetitia *in* TSA - Travail social actualités, n° 79, février 2017, pp.24-26

**Résumé** : A Pau, la structure d'accueil de jour "le Point d'eau" reçoit de façon inconditionnelle des personnes en grande précarité, au sein du Phare. Cette plateforme a la particularité d'abriter différents acteurs sanitaires et sociaux et fait collaborer acteurs du public, de l'associatif et du privé.

**Le cadre législatif et réglementaire des SIAO** [Article] / Sa, Sorithi *in* TSA - Travail social actualités, n° 73, juin 2016, pp.34-39

**Résumé** : Le SIAO a été conçu en 2010 comme une plateforme unique de veille sociale chargée d'offrir à chaque personne en difficulté une réponse adaptée, en assurant un premier accueil puis une orientation vers l'hébergement ou l'accès au logement. L'objectif est d'améliorer son orientation et sa prise en charge et de construire des parcours d'insertion adaptés pour la conduire vers l'autonomie, en tenant compte de ses besoins. Consacrés juridiquement en 2014 avec la loi Alur du 24 mars 2014, les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) bénéficient désormais d'un véritable cadre législatif et réglementaire. Depuis le 1er mai 2016, de nouvelles règles de fonctionnement et d'organisation leur sont applicables.

## Les modes d'exercice coordonnés

### Communauté Professionnelle Territoriale de Santé et Equipe soins primaires

**CPTS : Une communauté en pleine mutation** [Article] / Martin, Laure; Ramsay, Karen *in* Concours pluripro, vol. 145, n° 28, octobre 2023, pp.22-32

**Résumé** : 1000 CPTS à fin 2022, 100% du territoire national couvert à fin 2023... Les objectifs sont chiffrés et les ambitions nombreuses, car les communautés professionnelles territoriales de santé doivent permettre un accès facilité à un médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville, développer la prévention, ou encore participer à la gestion des crises sanitaires. Depuis sa création par la loi de 2016, comment la CPTS se renouvelle-t-elle ? Comment s'articulent-elles avec les dispositifs d'appui à la coordination, les hôpitaux de proximité, les collectivités locales ou encore le service d'accès aux soins ? Pourquoi créer une inter-CPTS ?

**Les communautés professionnelles territoriales de santé : pour mobiliser et coordonner les professionnels de santé** [Article] *in* Revue Prescrire, tome 43, n°479, septembre 2023, pp. 698-704

**Résumé** : Définies en 2016, les CPTS ont pour objectif de mobiliser et coordonner les professionnels de santé et acteurs médico-sociaux et sociaux d'un même territoire, afin de répondre à des problématiques de santé identifiées. En 2023, il est encore trop tôt pour savoir si ces structures ont la capacité de répondre aux objectifs fixés par les pouvoirs publics et aux attentes de la population. Après un point sur les missions et objectifs des CPTS et les éléments qui ont facilité leur mise en œuvre, cet article présente trois exemples de CPTS afin d'illustrer les adaptations possibles des actions de santé et de prévention aux besoins de la population locale et aux spécificités territoriales.

## **Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale**

[Article] / Bergeat, Maxime; Vergier, Noémie; Verger, Pierre; et al. *in* Etudes et résultats – DREES, n°1268, mai 2023,

5p. [En ligne sur la Drees](#)

**Résumé** : Dans un contexte de diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux, plusieurs dispositifs ont été mis en place depuis 2016 afin d'améliorer l'organisation des parcours de soins, en renforçant la coordination entre les professionnels de santé et en libérant du temps médical. Début 2022, un médecin généraliste sur trois fait partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) en fonctionnement ou en projet, d'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Cette part est en forte progression depuis 2019. Les médecins exerçant dans un cabinet de groupe pluriprofessionnel sont plus nombreux à faire partie d'une CPTS. Près de quatre médecins sur dix (37 %) ont participé à une action organisée par une CPTS dans le cadre de la crise sanitaire due au Covid-19, qu'ils adhèrent ou non à une CPTS. Si la plupart des médecins connaissent le dispositif d'assistante médicale mis en place en 2018, seuls 5 % déclarent y recourir début 2022. Les médecins exerçant dans un groupe pluriprofessionnel ou adhérant à une CPTS sont plus nombreux à avoir une assistante médicale (respectivement 8 % et 12 %). Parmi les généralistes qui ne travaillent pas déjà avec une assistante médicale, la plupart (59 %) ne souhaitent pas en avoir. Les opinions sur ce dispositif sont en effet mitigées : moins de la moitié des médecins (41 %) estiment que les assistantes médicales constituent une solution pour mieux répondre aux sollicitations des patients.

## **Les communautés professionnelles territoriales de santé au plus près des patients**

[Article] / Miossec, Luc; Souffois, Lucie; Demiguel, Aurélie *in* Revue de l'infirmière, n°278, février 2022, pp. 19-22

**Résumé** : Les communautés professionnelles territoriales de santé sont mises en place par des professionnels de santé libéraux qui, à la manœuvre de ce dispositif récent, s'engagent en faveur d'une amélioration des prises en charge et de la coordination des parcours patients sur les territoires, à la croisée de la ville et de l'hôpital. Retour d'expérience d'une équipe bretonne.

## **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une opportunité pour la psychiatrie de secteur**

[Article] / Odier, Benard; Falcoff, Hector *in* Information psychiatrique (L<sup>1</sup>) vol. 97, n° 8, octobre 2021, pp.703-714

**Résumé** : Proposées en 2016 par la loi dite de « modernisation du système de santé », les « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS) sont conçues pour favoriser la coopération entre professionnels de santé libéraux et salariés, entre médecine de ville et établissements de santé, et entre établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux à l'échelle d'un territoire de santé (100 à 20 000 habitants). Les secteurs psychiatriques, menacés de voir se rétrécir le socle de leur recrutement autour des malades nécessitant des suivis hospitaliers, éventuellement sous contrainte, trouvent dans les CPTS de nouveaux partenaires et une ouverture vers d'autres patientèles. Leur vocation à mener des actions de prévention et de santé publique est renforcée.

## **La CPTS : une innovation pour passer du soin à la santé, construire le système de santé du futur, et articuler santé et médico-social dans chaque territoire**

[chapitre ouvrage] / Leicher, Claude *in* Innovations & management des structures de santé en France : Accompagner la transformation de l'offre de soins sur le territoire [Ouvrage] / Stanislas, Jean-Luc, dir.; Ambrosino, Florence; Amri, Karim; Anselem, Bernard; et al. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2021. – pp.93-

110 [cote HA00/0510](#)

**Résumé** : L'ambition « 1000 CPTS » est de passer à un exercice coordonné sur la totalité du territoire national. Contrairement aux réseaux lancés dans les années 80, découpés comme les services hospitaliers par organe, par pathologie, par type de population, etc, il ne s'agit pas de transposer un modèle d'organisation d'un secteur de santé à un autre, mais de créer, à partir des besoins de la population, un modèle basé sur : -la non spécialisation avec un réseau de soins primaires articulé avec des soins secondaires spécialisés ambulatoires –la proximité, avec une coopération entre la santé ambulatoire et le médico-social –la responsabilité populationnelle sur un territoire des acteurs jusqu'à présent uniquement des patients et une patientèle –une gouvernance assurée par les acteurs de terrain eux-mêmes. Ce dernier concept a une dimension politique forte : dans un pays à fort tropisme centralisateur, les pouvoirs publics ont accepté que ce soit les acteurs de terrain qui soient les initiateurs des CPTS, et pas les ARS. Après l'objectif « 1000 CPTS », quel serait le futur des CPTS ? L'auteur l'examine par une réflexion prospective avec les concepts d'« interCPTS » et de « mise en cohérence territoriale ».

## **Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités**

[Article] / Ferru, Marie; Omer, Jade *in* Innovations, vol. 65, n°2, 2021, pp. 21-48 [En ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : L'objectif de notre recherche, essentiellement empirique, est de questionner le dispositif récent des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dispositif d'un enjeu majeur pour l'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé en cherchant à améliorer la coordination territoriale de ses acteurs. Grâce à des entretiens semi-directifs auprès des professionnels du secteur, nous proposons une relecture du dispositif en termes de proximités. S'il apparaît que le dispositif – dans sa définition et son utilité – ait été assimilé par les professionnels et qu'il crée une certaine proximité institutionnelle, les acteurs de terrain émettent leurs doutes quant à sa mise en œuvre et son fonctionnement concret. Ces interrogations sont révélatrices du manque de proximités organisationnelle et cognitive entre acteurs de la santé, que le dispositif ne permet pas de combler de manière spontanée. L'animation du réseau apparaît dans ce cadre essentiel, la proximité relationnelle entre les professionnels pouvant combler le manque des autres formes de proximités.

## **CPTS et territoire**

[Article] / Leicher, Claude *in* Regards Protection sociale, n° 56, mars 2020, pp.81-92 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Avec la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), se met en place une organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire. Généralisant le principe de la coordination pluri professionnelle autour des besoins de santé des patients, permettant de répondre aux services attendus par la population, organisée autour des équipes de soins primaires, sur un

territoire qu'elle définit, la CPTS est un outil qui crée un interlocuteur visible pour les autres acteurs, et qui en rééquilibrant l'organisation du système de santé, permettra à terme d'aider le secteur de l'hospitalisation à surmonter la crise liée à son utilisation inadéquate.

**Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris** [Article] / Falcoff, Hector; Gasse, Anne-Laure; Berraho-Bundhoo, Yasmine; Dubois, Sophie *in* Regards Protection sociale n° 56, mars 2020, pp.93-104 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Créé en 2011, le Pôle santé Paris 13 a modifié ses statuts pour devenir la CPTS Paris 13 en novembre 2018 en s'appuyant sur un nouveau projet de santé visant notamment à favoriser l'accès aux soins, la coordination et la fluidité des parcours des patients. Retour sur la genèse de cette structure et les enseignements de son expérience en tant que pôle puis CPTS.

## Centres et Maisons de santé

**Etude Concert-MSP. Concertation pluripro en maison de santé : à qui profitent les échanges ?** [Article] / Ramsay, Karen *in* Concours pluripro, n° 28, octobre 2023, pp.14-17

**Résumé** : Quels professionnels sont les plus impliqués dans la concertation pluriprofessionnelle ? À quel moment a-t-elle lieu ? Quelle place pour le patient ? Une étude interdisciplinaire (Concert-MSP), coordonné par François-Xavier Schweyer, professeur de sociologie à l'EHESP et chercheur au centre Maurice-Halbwachs, analyse les activités de concertation développées au sein de 10 maisons de santé.

**Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques** [Article] / Ray, Marine; Bourgueil, Yann; Sicotte, Claude *in* Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier-février-mars 2020, pp. 57-77 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : En France, le champ organisationnel des soins primaires connaît des transformations significatives depuis une vingtaine d'années, avec l'émergence de nouvelles formes de régulation et de nouveaux modèles organisationnels. Parmi ces derniers, les maisons de santé pluriprofessionnelles ont bénéficié du soutien des pouvoirs publics depuis le milieu des années 2000. À travers l'étude rétrospective de documents d'archive sur les politiques de développement des maisons de santé en France, nous proposons une analyse logique de ces politiques publiques et de ce modèle organisationnel. Nous caractérisons ensuite, en nous appuyant sur les théories néo-institutionnelles, les logiques qui sous-tendent la diffusion de ces nouvelles organisations formelles et discutons l'utilité de ce cadre d'analyse pour appréhender les transformations associées aux réformes de l'organisation des soins primaires.

**L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical** [Article] / Moyal, Anne *in* Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier-février-mars 2020, pp. 103-123 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Cet article se propose d'étudier la forme que prend la coordination entre professionnels de santé qui exercent en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). À travers une étude qualitative dans cinq MSP signataires de l'ACI, nous montrons que les nouvelles procédures de coordination qui formalisent la division du travail en MSP, ainsi que les pratiques informelles de coordination entre professionnels, reconfigurent les territoires professionnels. Les professionnels non médecins voient notamment leurs périmètres d'activité s'étendre, sous l'effet de délégations de tâches des médecins généralistes, qui peuvent être volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel. Nous soutenons que ces délégations soient volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel, elles demeurent sous le contrôle des médecins généralistes, qui s'affirment ce faisant comme les orchestrateurs des prises en charge pluriprofessionnelles en soins primaires.

**La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales** [Article] / Ramond-Roquin, Aline; Allory, Emmanuel; Fiquet, Laure *in* Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier-février-mars 2020, pp. 125-141 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : La création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) vise le développement des pratiques interprofessionnelles en soins primaires. Le soutien financier des MSP depuis 2017 via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) implique que les équipes rendent compte de leurs activités, en particulier de concertation pluriprofessionnelle (CPP) dont la nature et les formes développées en soins primaires restent encore largement méconnues. Un projet de recherche interdisciplinaire intitulé Concert-MSP est en cours de déploiement pour analyser en profondeur les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP. Cet article se propose de présenter la démarche du projet puis, à partir des résultats de l'enquête exploratoire du projet auprès de six MSP, d'illustrer la diversité des pratiques labellisées CPP par les équipes ainsi que leurs stratégies de valorisation, puis d'analyser comment la spécificité des soins primaires oblige à repenser la notion de concertation pluriprofessionnelle. L'hétérogénéité des pratiques révèle la nouveauté de l'instauration de ces concertations, une volonté de s'adapter au contexte local et le souhait d'amener progressivement les professionnels de santé vers un changement de pratiques. La mise en œuvre de ces CPP oblige à repenser la place des différents acteurs de soins primaires et les mécanismes de coordination au sein des équipes de MSP.

**Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens** [Article] / Pedrot, Florian; Fernandez, Guillaume; Le Borgne-Uguen, Françoise *in* Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 37, n° 1, 2019, pp. 110-126 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) connaissent actuellement un développement important dans le système de soins français en prolongement d'un processus de réforme de l'offre de soins de premiers recours. Celui-ci a tenté d'une part d'améliorer la coordination des soins entre différents professionnels (médecins spécialistes, généralistes, paramédicaux) et d'autre

part d'accroître l'implication des patients souffrant de pathologies chroniques dans la gestion de leur trajectoire de soin. C'est à la rencontre de ces deux enjeux que se situent les MSP. De fortes attentes reposent sur ces nouvelles structures qui doivent construire un espace commun de production des soins où la pluridisciplinarité pourra se concrétiser et où les patients seront aussi amenés à prendre une place accrue, en particulier lorsqu'ils sont atteints d'une pathologie chronique. Les premiers résultats d'une enquête qualitative par entretiens auprès de médecins, de paramédicaux mais aussi des patients consultants dans ces lieux et de leurs proches engagés dans le soin montrent que l'attitude des patients joue un rôle fondamental dans le déploiement possible des pratiques de soins coordonnés. Les patients peuvent agir en conformité avec les logiques de coordination propres aux MSP ou introduire un mode alternatif de régulation des liens entre les différents professionnels qui les suivent.

**Les centres de santé : Une réforme importante, un enjeu pour les établissements de santé?** [Article] / Gey-Coué, Marine in *Gestions hospitalières*, n° 578, août-septembre 2018, pp.477-480

**Résumé** : 2018 est l'année de réforme pour les centres de santé. Confortés dans leur rôle de structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours, ils s'ouvrent davantage à l'extérieur. Le décloisonnement ville/hôpital est désormais affiché comme réciproque et la coordination de tous les acteurs n'a jamais autant été d'actualité. Quel lien tisser avec les établissements de santé? Celui du partenariat en premier lieu, au titre de la coordination et du décloisonnement. Mais il ne faut pas oublier qu'un établissement de santé peut également être lui-même gestionnaire de centre de santé. Alors, partenaire ou nouvelle modalité d'organisation de l'offre de soins hospitalière? Après un retour sur le contenu de la réforme et notamment sur le renforcement du contrôle des activités des centres de santé par les agences régionales de santé, l'auteur examine les liens entre centre de santé et établissement de santé.

**"Les centres de santé, entre recherche de souplesse et affirmation de la logique de parcours de soins", commentaires sur l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé** [Article] / Gallet, Bruno in *Finances hospitalières*, n° 122, mars 2018, pp.13-16

**Résumé** : Quelles différences entre centre de santé et maison de santé? Quels sont les apports de l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative aux centres de santé? L'auteur répond à ces questionnements et met en évidence un assouplissement du régime juridique des centres de santé et leur ancrage dans la logique de parcours de soins.

**Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles** [Article] / Bataillon, Rémy in *Cahiers de la fonction publique*, n° 356, juin 2015, pp.50-53

**Résumé** : Les professionnels de santé libéraux se regroupent de plus en plus au sein de maisons de santé pluri-professionnelle dans les zones rurales mais aussi dans les zones urbaines défavorisées. Ils y développent un exercice coordonné, centré sur les besoins des patients et inscrit dans une logique de responsabilité populationnelle. Toutefois, ces nouveaux modes d'exercice, pour apporter les résultats escomptés en termes de service rendu à la population, doivent être accompagnés. En effet, ils supposent d'importantes transformations de politiques et d'organisations. A cette condition, ils sont susceptibles de favoriser puissamment le déploiement des parcours et la coordination des acteurs dans les territoires de santé, notamment les établissements de santé. Cet article propose de faire un état des lieux du développement de ces nouvelles formes d'exercice professionnel, des dispositifs à envisager pour soutenir leur structuration et des attendus en termes d'organisation des acteurs dans les territoires.

**La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions** [Article] / Beaucourt, Christel; Kustos, Isabelle; Masingue, Antoine et al. in *Gestion et management public*, Volume 2, n°4, 2014/2, pp. 61-79 [Disponible sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Cette contribution se propose d'analyser le processus de coordination au sein des maisons de santé pluri professionnelles. Notre recherche s'inscrit dans le prolongement des travaux sur la coordination "en pratique" qui soulignent notamment l'importance du débat contradictoire dans les processus de coordination, pour faire face à des situations complexes et inattendues. Cependant, à partir de deux études de cas (la maison Valbona et la maison Vermers), notre analyse questionne la finalité de ces interactions ou discussions : Plus qu'un dispositif de «recherche de cohérence», la coordination est un processus foisonnant d'interactions sans cesse développées et permettant de cristalliser les énergies autour de débats et d'enjeux différenciés.

## Quels outils pour la coordination ?

### Le numérique en santé et le programme e-parcours

**Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 : Mettre le numérique au service de la santé** [Rapport] / Ministère de la Santé et de la Prévention (Paris, FRA) - Paris (FRA) : Agence du Numérique en Santé (ANS), 2023/05, 48p. [QE51/0061](#) Document papier et en ligne sur le site de l'agence



**Résumé :** La présente feuille de route décrit les chantiers prioritaires pour les cinq prochaines années, déclinés en 4 axes, 18 priorités et 65 objectifs avec des jalons temporels et une entité identifiée comme porteur principal. Les quatre axes sont les suivants : -Développer la prévention et rendre chacun acteur de sa santé -Redonner du temps aux professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique -Améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent -Déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé. La priorité 9 concerne la simplification de l'outillage de la coordination locale des parcours de santé. Face à la multiplication des outils, il est essentiel de simplifier, d'améliorer et de rendre plus lisible l'offre de services numériques publics territoriaux portés par les ARS, les GRADeS et les conseils départementaux pour les professionnels. Les solutions régionales de coordination (e-parcours), soutien du déploiement de dispositifs coordonnés et de parcours de santé prioritaires (diabète, suivi des accidents vasculaires cérébraux, etc.), doivent être maintenues et améliorées, sur la base d'une intégration plus forte avec Mon espace santé (alimentation et consultation) grâce à Pro Santé Connect. Enfin, pour favoriser la coopération entre professionnels et leur faire gagner du temps, un cadre décentralisé, sécurisé et interopérable de messageries instantanées de santé sera expérimenté pour permettre, à terme, aux professionnels de santé, du médico-social et du social d'échanger rapidement et en toute sécurité, en bilatéral ou en groupe, depuis leur téléphone ou leur ordinateur, quel que soit l'outil de messagerie qu'ils auront choisi.

**La révolution digitale dans le système de santé** [Ouvrage] / Béranger, Jérôme, dir., Rizoulières, Roland, dir. - Londres (GBR) : ISTE Editions, 2021, 220p. [QE51/0047](#)



**Résumé :** La première partie de cet ouvrage examine la question suivante : quels sont les défis, les enjeux et l'intégration de la numérisation de la médecine dans le parcours de santé ? Elle comprend trois contributions : - Intégration numérique et parcours de santé dans les territoires de Roland Rizoulières -Le digital au sein du parcours ville-hôpital des patients atteints de cancer de Marie-Eve Rougé-Bugat -Un carnet de santé connecté pour mieux coordonner : une analyse sociologique de la dynamique organisationnelle du projet Calipso de Valentin Berthou.

**Produire efficacement les indicateurs eParcours** / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA) - Paris (FRA) : ANAP, 2021 [En ligne sur l'ANAP](#)



**Résumé :** L'usage des services numériques de coordination, qui peut conditionner l'octroi de financements, s'apprécie dans chaque territoire, par des indicateurs spécifiques. Cette publication fournit un guide pour la définition des indicateurs du programme eParcours et sécurise les modalités de calcul. Le programme eParcours vise à développer l'usage de services numériques de coordination dans les secteurs sanitaire, médico-social et social, dans une logique de parcours et de prise en charge coordonnés. Il est inscrit dans la Feuille de route du Numérique en Santé, composante de la stratégie nationale de transformation du système de santé Ma Santé 2022, dont il constitue l'un des services socles. Un financement national de 150 M€ est dédié au programme eParcours.

**Programme e-parcours : guide des services numériques et des indicateurs. Version révisée au 31/12/2020 [Rapport]** / Direction générale de l'offre de soins (DGOS) (Paris, FRA) - Paris (FRA) : Ministère de la Santé, 2020, 31p. [En ligne sur le site du Ministère](#)



**Résumé :** Le présent document constitue le guide des indicateurs du programme E-parcours ; il explicite le contenu des services numériques socles et de coordination, ainsi que les indicateurs et les cibles d'usage. Ce document a été révisé fin 2020 afin d'ajuster les cibles d'usage à la réalité des usages constatés sur le terrain et en lien avec la mise en œuvre de la doctrine technique du numérique en santé

**Coordonner le système de santé par le numérique [Ouvrage]** / Metz, Camille, Robert, Sandrine, Kletz, Frédéric, préf. - Paris (FRA) : Presses des Mines, 2019, 133p. [HK40/0198](#)



**Résumé :** Ne pas pouvoir joindre un médecin généraliste après 20h, attendre des semaines pour un rendez-vous avec un spécialiste, accumuler les versions papier des synthèses et analyses médicales, remplir pour la énième fois les formulaires administratifs avant d'entrer à l'hôpital, en sortie ne pas trouver une infirmière disponible le week-end... Ces problèmes, nous les connaissons tous ! Pourtant, des solutions existent pour en finir avec le parcours du combattant : outils de coordination, d'échange d'informations, de prise en charge à distance. Au-delà des outils, c'est l'organisation qui semble devoir être repensée pour améliorer la coordination des soins entre l'ensemble des acteurs. Il s'agit pour l'ensemble de notre système de santé d'un changement majeur dans son mode de production "d'un patient en bonne santé".

**Admission directe des patients âgés : Pour les médecins généralistes, l'apport possible d'une solution numérique [Article]** / Duconget, Claire; Bounoure, Frédéric *in* Revue hospitalière de France, n° 607, juillet-août 2022, pp.35-37

**Résumé :** Cinquante-six pour cent des séjours hospitaliers des personnes âgées de 75 ans et plus sont effectués après un passage en service d'urgence. Les parcours d'admissions directes non programmées contribuent à limiter leur passage aux urgences et à désengorger ces services sous tension. Pour réaliser ces admissions directes, des solutions numériques sont nécessaires pour faciliter le lien ville/hôpital. Dans la CPTS d'Yvetot, une solution numérique a été développée à l'initiative de l'hôpital pour faciliter ce lien.

**ESMS numérique dans le Puy-de-Dôme : Un modèle de complémentarité sanitaire et médico-social [Article]** / Blanc, Vincent; Laumond, Eric; Tarrit, Véronique *in* Revue hospitalière de France, n° 605, mars-avril 2022, pp.98-104

**Résumé :** Quarante-trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Puy-de-Dôme créent un système numérique communiquant entre eux et les établissements sanitaires du GHT Territoires d'Auvergne. Au-delà de l'équipement en dossiers usagers informatisés qu'il apporte aux Ehpad, le projet ESMS numérique contribuera à fluidifier le parcours patient-résident. En temps réel et en tout lieu, les acteurs hospitaliers et médico-sociaux auront accès à l'ensemble des données nécessaires à la prise en charge des usagers, qu'elles proviennent du dossier hospitalier ou médico-social.

**Place du care dans l'e-coordination des soins et de l'aide à domicile [chapitre ouvrage]** / Goulinet-Fité, Géraldine *in* Communications numériques en santé / Cordelier, Benoit, dir.; Galibert, Olivier, dir. - Londres [GBR] : ISTE Editions, 2021. – pp.95-124 [cote QE51/0049](#)

**Résumé :** Ce chapitre vise à interroger l'utilité des TIC en contexte de soins à domicile pour des sujets âgés fragilisés par la maladie chronique en y étudiant leur(s) contribution à la démarche de care sous tendue dans la coordination de parcours de soins et d'aide entre intervenants professionnels du domicile. Pour illustrer ces propos, il expose le cas du réseau d'appui à la coordination de parcours Escalier santé en Sud Gironde (Nouvelle-Aquitaine). L'action du réseau est de développer une dynamique de travail en réseau entre la ville et l'hôpital, les professionnels de santé de première ligne et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Pour cela, il s'appuie sur le dispositif PAACO-Globule comme logiciel « métier » et plateforme communicante pour échanger avec intervenants professionnels du soin et de l'aide à domicile associés aux situations complexes.

**Application Entr'Actes : "Numériser les parcours ville/hôpital, un enjeu stratégique" [Article]** / Nicolini, Damien; Lussiez, Cédric *in* Revue hospitalière de France, n° 596, septembre-octobre 2020, pp.54-55

**Résumé :** Ruptures de prises en charge, hospitalisations prolongées, passages aux urgences mal motivés : qu'ils exercent en ville, au sein de structures mixtes ou à l'hôpital, les professionnels sont confrontés à des difficultés de communication qui pèsent sur la qualité du parcours patient et le temps soignant. Créée en 2017 par des professionnels libéraux de l'Essonne, l'application Entr'Actes organise une prise en charge coordonnée, adoptée par de nombreux départements à la faveur de la structuration de communautés professionnelles territoriales de santé.

## Le partage d'information et le dossier médical partagé

**La lettre de liaison à la sortie : un verrou de sécurité complexe mais incontournable pour le virage ambulatoire** [Article] / Bonnet-Zamponi, Dominique *in* ADSP Actualité et dossier en santé publique, n° 118, juin 2022, pp.30-32

[Document papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Le virage ambulatoire implique de passer d'une logique de « séjour » à une logique de « flux », avec pour conséquence une transmission de l'information encore plus sécurisée. Retour sur le cadre réglementaire définissant les règles de communication ainsi que sur les problématiques concernant notamment la qualité de l'information échangée.

**La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres – Inexistante ?** [Article] / Berman Cohen, Ina; Halkoum, Radia; Fau, Léa *in* L'information psychiatrique, vol. 97, no. 6, 2021, pp. 481-489 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Cette étude avait pour objectif d'évaluer la communication entre le médecin traitant (MG) et le psychiatre (PT) dans le suivi de leurs patients communs. La méthode : étude quantitative, monocentrique de 2018 portant sur les PT et MG de 129 patients. Il ressort que des situations « à risque » n'étaient communiquées que par 43 % des MG et par 25 % des PT au confrère. La communication et la collaboration entre MG et PT demeure insuffisante.

**Le partage du secret professionnel à l'ère du numérique** [Article] / Hennion, Sylvie *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 1, janvier-février 2020, pp.129-145

**Résumé** : Le partage du secret professionnel à l'ère du numérique conduit à s'interroger sur les conditions du partage du secret professionnel et le périmètre de ce dernier. Le partage s'effectue-t-il dans l'intérêt du patient ou est-il la conséquence numérique voulue de la spécialisation des professions qui doit se concilier avec une approche globale de la prise en charge du patient ? L'article envisage les contours du partage ainsi que les professionnels ou personnes habilités à partager l'information.

**Le DMP en établissement de santé - Retours d'expérience** [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA) . - Paris [FRA] : ANAP, 2019/06. - 24p. [En ligne sur Calameo](#)

**Résumé** : En mai 2019, plus de 6 millions de DMP sont ouverts. Le dossier médical partagé (DMP) favorise la continuité et de la coordination des soins des patients. Après une expérimentation menée dans neuf départements, la généralisation du DMP à l'ensemble des assurés sociaux est entamée depuis novembre 2018. Ce document présente les enseignements à tirer de cinq expériences d'usage du DMP en établissement de santé situés en Haute-Garonne, Puy de Dôme, Somme-Hauts de France, Côtes-d'Armor et Centre Val de Loire. Il a pour objectifs : -d'expliquer les freins qui ont été à l'origine du très faible déploiement du DMP dans les établissements sanitaires -d'identifier les attentes des professionnels vis-à-vis du DMP, notamment dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge coordonnée du patient -de mettre en évidence les usages avancés du DMP et les circonstances qui les ont permis.

**Modèle de plan personnalisé de coordination en santé** [Rapport] / Haute Autorité de Santé (HAS) (Saint Denis La Plaine, FRA) . - Saint Denis La Plaine [FRA] : HAS, 2019/07. - 20p. [En ligne sur la HAS](#)

**Résumé** : Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) formalise les besoins des personnes, et permet la coordination des interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux. Son élaboration passe par le rassemblement d'informations personnelles, médicales, sociales, utiles à l'évaluation des besoins de la personne, à la formalisation des réponses à ces besoins, et au suivi de leur application et de leur réalisation. Suite à une saisine de la Haute Autorité de santé par le Ministère de la Santé concernant l'identification d'un socle commun pour l'ensemble des plans et programmes personnalisés existant, un modèle de PPCS a été élaboré, qui s'adresse à tout professionnel appelé à participer à la coordination du parcours de santé d'une personne ou de l'accompagnement de son parcours de vie. Ce modèle est complété par un mode d'emploi et des exemples de PPCS complétés à partir de cas pratiques.

## Le financement et les modes de paiement de la coordination

**Rémunération : Comment trouver le bon équilibre. Dossier** [Article] / Martin, Laure; Ramsay, Karen *in* Concours pluripro, vol. 145, n° 30, décembre 2023, pp.21-30

**Résumé** : Comment se rémunère l'exercice coordonné ? Si le mode de rémunération du futur doit être celui qui semble le plus pertinent pour répondre aux problématiques actuelles, tous les professionnels s'accordent sur le fait que le modèle unique du paiement à l'acte est largement dépassé. Paiement au forfait, rémunération sur objectifs de santé publique, expérimentations "article 51"... Demain quelle rémunération ?

**Le financement au parcours ou comment refonder la prise en charge des usagers sur la base du parcours de santé** [Article] / Marin, Philippe *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 3, mai-juin 2021, pp.415-424

**Résumé** : La transformation du mode de paiement fondé à titre principal aujourd'hui sur la consultation ou l'acte produit, en une rémunération au parcours ou à l'épisode de soins vient en fait traduire un double mouvement, en contribuant en premier lieu à l'édification de véritables parcours pour les usagers. En second lieu, le paiement globalisé au parcours ou à l'épisode de soins marque le renversement de notre système de santé, glissant d'une organisation verticale à une intégration horizontale, faisant de l'usager le socle du système de santé. Pour tenter de préciser et de qualifier ces évolutions, l'auteur expose tout d'abord le fondement du financement au parcours, lequel repose en partie sur le changement de paradigme lié au développement de la logique de « parcours »

pour les usagers avant de se pencher sur le déploiement de ce projet, qui s'appuie en France sur la valorisation de l'innovation et de l'expérimentation.

### **Paiement des soins primaires : Pour un financement incitatif à une prise en charge globale et coordonnée [Article] / Felix, Joana; Huguet, Alice; Beija, Mariana in Gestions hospitalières, n° 603, février 2021, pp.95-98**

**Résumé** : Le paiement à l'acte reste à ce jour le mode de financement majoritaire pour les soins primaires en France. Il assure la continuité de l'accès aux soins dans une majorité de territoires urbains. Cependant, il ne résout pas les questions de désertification médicale, les actes non pertinents, l'adaptation de la prise en charge globale au type de patient et le manque d'incitation à la coordination des parcours. Ce système est par ailleurs de moins en moins attirant au regard des nouvelles générations de médecins généralistes. Plusieurs types d'expérimentation pour faire évoluer les modes de rémunération des soins primaires voient le jour dans le cadre du dispositif article 51 de la LFSS 2018. Le lien entre mode de rémunération des soins primaires et l'efficacité des systèmes de santé demeure un graal difficile à atteindre. Si la tendance est de diversifier les modes de rémunération au sein d'un même système, apprendre de la maturation atteinte par des modèles expérimentés dans d'autres pays permettra d'adopter une attitude vigilante au regard de leurs effets cachés, et d'ainsi trouver le bon équilibre entre des systèmes tenus comme innovants.

### **Le financement au parcours de soins : Entre mode d'allocation des ressources et promotion de la qualité et de la pertinence [Article] / Marin, Philippe in Gestions hospitalières, n° 583, février 2019, pp.106-111**

**Résumé** : Le financement au parcours de soins est en passe de s'imposer sur le plan conceptuel et fonctionnel comme le mécanisme d'allocation des ressources aux opérateurs en santé à travers le constat du caractère inflationniste et en silo des modes de rémunérations historiques et de la création de parcours de santé. Le financement au parcours vise à unifier le mécanisme d'allocation des ressources aux offreurs de santé rémunérés actuellement à l'acte pour la médecine praticienne de ville, par la tarification à l'activité pour les établissements de santé et la tarification des établissements sanitaires et médico-sociaux. Le rapport Véran en 2017 puis les travaux engagés par la mission Aubert dans le cadre de "ma santé 2022" posent les bases de cette évolution intégrant parcours et financement.

### **Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ? [Article] / Leguelinel-Blache, Géraldine; Bussièrès, Jean-François; Le Gal-Fontès, Cécile in Revue générale de droit médical, n° spécial panorama de droit pharmaceutique 2018, janvier 2019, pp.211-226**

**Résumé** : Après avoir été expérimenté aux Etats-Unis et en Europe, le financement à l'épisode de soins s'impose aujourd'hui en France et au Québec comme un modèle économique alternatif à la tarification à l'activité (T2A) et à la dotation globale historique dans les établissements de santé, et au paiement à l'acte pour les professionnels de santé libéraux. Il s'agit de proposer un paiement forfaitaire global pour l'ensemble des prestations pluriprofessionnelles engagées en ville et à l'hôpital afin de résoudre un problème de santé sur une période délimitée. Ce concept nécessite de standardiser la prise en charge thérapeutique selon des recommandations de bonnes pratiques, en utilisant des indicateurs de performance. Ce mode de financement pourrait renforcer la coordination intra- et extrahospitalière et consolider l'efficacité des soins en évitant la multiplication des actes inutiles au profit d'une plus grande qualité et sécurité des soins, et en s'appuyant sur des forfaits ajustés sur le risque.

### **L'évolution du mode financement des établissements de santé : Le parcours de soins et le territoire comme nouveaux points de départ "d'une pensée complexe" [Article] / Gallet, Bruno in Finances hospitalières, n° 116, septembre 2017, pp.5-8**

**Résumé** : L'ambition de faire évoluer la tarification à l'activité connaît une nouvelle actualité politique, à partir de la volonté de prendre en compte les parcours de soins et les épisodes les composant. Cependant, une telle réforme nécessite de mesurer la complexité des changements induits par la quantification et la valorisation des trajectoires de soins. Dans ce contexte, marqué à la fois par le souci de régulation des dépenses et d'amélioration de la continuité des prises en charge, le territoire peut être le concept reliant les acteurs et de dépassement des contraintes si la politique de coopération est suffisamment développée.

### **Les modes de paiements à la coordination : État des lieux et pistes pour une application en France [Article] / Girault, Anne; Gervès-Pinquier, Chloé; Minvielle, Étienne in Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 35, n° 2-3, 2017, pp. 109-127 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)**

**Résumé** : L'émergence de nouveaux modes de paiement occupe une place majeure dans la transformation du système de soins. Parmi eux, les «paiements à la coordination» retiennent l'attention des pouvoirs publics, désireux d'améliorer la coordination des soins. L'objectif de ce travail est de dresser un état des lieux de ces paiements et de proposer des pistes pour leur mise en œuvre dans le contexte français.

### ***Où l'on parle du projet SERAFIN-PH***

### **Entretien avec Guillaume Marion : «Serafin-PH, au confluent de nombreux chantiers » [Article] / Marion, Guillaume; Gilliotte, Noémie, interv. in Directions, n° 210, juillet-août 2022, pp.18-20**

**Résumé** : Directeur du projet Serafin-PH à la Direction générale de la cohésion sociale, Guillaume Marion rappelle les objectifs de la réforme pour une mise en adéquation des financements aux parcours des personnes en situation de handicap. Soulignant que Serafin-PH est une réforme tarifaire, pas financière, il préconise de poursuivre les expérimentations dans les structures.

**Financement. Serafin-PH modifie déjà les organisations** [Article] *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3197, du 19 février au 25 février 2021, pp.32-34

**Résumé** : Outil de réforme tarifaire expérimenté dès l'année prochaine, Seraphin-PH a des conséquences pour les professionnels de terrain et les managers. Dans beaucoup de structures, l'offre de services est calibrée en fonction de sa redéfinition des besoins et des prestations. Et son appropriation, assez large, inquiète parfois alors que de nombreux paramètres demeurent inconnus.

**SERAFIN-PH. Une réforme du financement pour faciliter les parcours des personnes handicapées accompagnées par les établissements et services médico-sociaux** [Rapport] / Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (Paris, FRA) . - Paris [FRA] : CNSA, 2020/03. - 8p. [En ligne sur le site de la CNSA](#)

**Résumé** : Le projet SERAFIN-PH a pour objet de réformer les modalités d'allocation des ressources des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnant les personnes en situation de handicap, sous réserve d'une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Cette réforme du financement des ESMS a vocation à être équitable, lisible, et doit faciliter des parcours de vie fluides, personnalisés, par des accompagnements modulaires et inclusifs. L'objectivation des modalités de financement au regard des caractéristiques des personnes accompagnées doit participer à garantir des réponses adaptées aux besoins des personnes. SERAFIN-PH s'inscrit dans la continuité de la démarche "Une réponse accompagnée pour tous". Il est l'un des leviers de la transformation de l'offre d'accompagnement, tant par ses travaux menés pour la réforme du financement des ESMS que par sa participation à la réflexion et aux outils visant des organisations et articulations territoriales renouvelées.

**SERAFIN-PH est-il "soluble" dans les organisations de travail et les projets ?** [Article] / Bernex, Brigitte; Hardy, Jean-Pierre; Loubat, Jean-René; et al. *in* Cahiers de l'Actif (Les), n° 520-521-522-523, septembre-décembre 2019, pp.5-294

**Résumé** : Après une longue phase de gestation, le projet SERAFIN-PH est entré en 2018 dans sa deuxième phase, stratégique, au cours de laquelle a été choisi un mode de tarification et ont été effectuées des simulations, en vue d'évaluer sa faisabilité et son éventuel impact. La troisième phase devra être celle du déploiement des nouvelles modalités arrêtées. De nombreuses questions se posent à son sujet, notamment sur la légitimité de l'outil et sa viabilité, en d'autres termes : pourquoi SERAFIN-PH et comment le mettre en œuvre ? Le projet prévoit de générer une simplification des procédures et leur transparence, une prise en compte plus « pointue » et mieux adaptée des besoins des personnes, la facilitation du parcours des personnes, un « assainissement » des finances. Qu'en sera-t-il dans la réalité, c'est-à-dire la quotidienneté des ESSMS et de leurs professionnels, ainsi que des usagers et leur famille ? Ce numéro des Cahiers de l'Actif tente d'apporter des éléments de réponse à ces questions primordiales, avec, en filigrane, une question subsidiaire : SERAFIN-PH peut-il encore être modifié, voire stoppé, et, si oui, par qui ?

### *Où l'on parle de l'article 51 de la LFSS 2018*

**Rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé (Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018)** [Rapport] / Ministère de la Santé et de la Prévention (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023/11. - 89p. [En ligne sur le site du Ministère de la santé](#)

**Résumé** : L'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 est un dispositif, qui permet aux professionnels du système de santé, grâce à des dérogations à certaines règles de droit commun, d'expérimenter de nouvelles façons de prendre en charge les patients, de mettre en place de nouvelles coopérations pluri-professionnelles ou encore de renforcer les actions de prévention. Cinq ans après l'entrée en vigueur de l'article 51, ce rapport revient sur les étapes clés du dispositif et dresse un état des lieux des 144 expérimentations autorisées qui touchent différents champs : enfance, handicap, santé mentale...

**L'Atlas du 51 : Les expérimentations par région : actualisation en juin 2023** [Rapport] / Ministère des Solidarités et de la Santé (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023/06. - 170p. [BA40/0352 Document papier et en ligne sur le site du Ministère de la santé](#)

**Résumé** : L'Atlas du 51 constitue un complément du Rapport au Parlement, permettant de localiser les terrains d'expérimentations par région. Cette sixième version référence pour chaque région, les expérimentations autorisées au 30 juin 2023, au titre de l'article 51 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018. Le premier chapitre donne une vue d'ensemble par région avec : -Le descriptif des expérimentations dont le territoire d'expérimentation concerne la seule région -Un lien vers le descriptif des expérimentations à l'initiative des acteurs mise en œuvre dans plusieurs régions -Un lien vers les initiatives ministérielles concernant la région. Le descriptif des expérimentations nationales et des initiatives ministérielles fait l'objet des deux chapitres suivants.

**Atlas des expérimentations article 51 en Ile-de-France** [Rapport] / Agence Régionale de santé Ile-de-France (ARS Ile-de-France) (Paris, FRA). - Paris [FRA] : ARS Ile-de-France, 2023/04, 130p. [En ligne sur le site de l'ARS](#)

**Résumé** : Cinq ans après l'entrée en vigueur du dispositif « Article 51 » instauré par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, qui permet d'expérimenter de nouvelles organisations et modes de financement, 40 expérimentations se déploient sur le territoire francilien. Elles concernent plus de 300 groupements d'acteurs ou structures d'Ile-de-France. Toutes ont le même objectif : démontrer la faisabilité, l'efficacité et la reproductibilité des parcours de santé innovants mis en place.

**Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins [Chapitre] in La sécurité sociale : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Rapport] / Cour des Comptes (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Cour des comptes, 2023/05, pp. 145-165 [En ligne sur le site de Cour des comptes](#)**

**Résumé :** Par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, le législateur a décidé de définir un cadre juridique pérenne afin d'expérimenter de nouvelles organisations de soins et les conditions de leur financement. Un budget pluriannuel a été réservé au programme d'expérimentation (511 M€ autorisés depuis 2018). À la fin de l'année 2022, 122 expérimentations avaient été autorisées. La Cour a analysé les modalités de gestion de ce programme et cherché à évaluer la capacité à transposer dans le droit commun les règles dérogatoires testées. Six projets seulement étant arrivés à terme, la Cour n'a pu toutefois en tirer tous les enseignements sur la pertinence au fond des dispositifs expérimentés. Il apparaît que, si le cadre général de conduite et d'évaluation des expérimentations a été modifié en profondeur, des adaptations du dispositif sont à envisager à très court terme afin d'assurer sa contribution à la transformation du système de santé.

**Le dispositif article 51 : des expérimentations innovantes au secours du système de santé français ? [Chapitre] / Dezest, Cécile; Franchisteguy-Couloume, Isabelle; Cargnello-Charles, Emmanuelle in Innovation, intelligence collective et résilience des organisations de santé [Ouvrage] / Courie-Lemur, Aline, dir. - Londres [GBR] : ISTE Editions, 2023, pp. 211-231 [BL30/0570](#)**

**Résumé :** Les auteurs étudient en quoi l'article 51 de la loi LFSS 2018 constitue un espace d'innovation, ainsi que le rôle du patient dans ce dispositif. Elles analysent plus particulièrement la mise en œuvre du projet Ange gardien (PAG), dans les Landes, qui a pour objectif de fluidifier le parcours de santé dans le cadre de la prise en charge d'une maladie inflammatoire chronique telle que la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme, le rhumatisme inflammatoire, le diabète et le phénomène de Raynaud.

**Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? [Article] / Morize, Noémie; Schlegel, Vincent in Questions d'économie de la santé, n°275, février 2023, 8p. [Disponible papier et en ligne sur l'IRDES](#)**

**Résumé :** Au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de nouveaux modes de rémunération collectifs, alternatifs au paiement à l'acte, sont mis en place dans le cadre d'expérimentations issues de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018. Deux expérimentations nationales, nommées Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), visent à renforcer des dynamiques de coordination, pour la première, entre le secteur de la ville et de l'hôpital, pour la seconde, entre professionnels de santé et, notamment, entre médecins et infirmières d'une même équipe. En introduisant de nouveaux modes de financement collectifs au sein des MSP, les expérimentations pourraient accompagner des transformations de l'organisation des soins primaires. Comment les usages de ces financements participent-ils d'une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? Fondée sur cinq monographies qualitatives et 64 entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels exerçant en MSP, cette enquête permet de caractériser les différents usages des expérimentations au sein des équipes de santé, particulièrement en matière d'organisation du travail. Des transformations plus larges dans le secteur des soins primaires sont ainsi éclairées, telles des redéfinitions des rôles et du travail entre groupes professionnels.

**Des bundled payments à la française ? Retours sur une expérimentation du paiement à l'épisode de soins en orthopédie et oncologie pour améliorer la coordination [Article] / Beaussier, Anne-Laure; Girault, Anne; Dariel Odessa; et al. in Politiques & management public, vol. 39, n° 3, 2022, pp. 297-316 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)**

**Résumé :** Cet article rend compte des premiers résultats d'une expérimentation, lancée en France en 2019, portant sur l'introduction d'un mode de financement des soins à l'épisode de soins (EDS). Le principe de ce mode de financement est de rémunérer les organisations de soin sur la base d'un forfait couvrant un ensemble d'actes et de prestations associés à une pathologie (l'épisode de soins) en amont, pendant et en aval des soins délivrés à l'hôpital. Censé permettre à la fois des gains de qualité et des gains d'efficience, il vise à répondre aux critiques portées à la tarification à l'activité, notamment en termes de coordination des soins entre ville et hôpital. Appuyé sur une enquête qualitative menée auprès des établissements participants, cet article propose d'analyser le déploiement du paiement à l'épisode de soins en France en posant la question de la congruence entre les objectifs de coordination ville-hôpital, les incitatifs tels que élaborés par les équipes techniques nationales et les réceptions locales par les établissements participants. Après avoir présenté la singularité de ce mode de financement en mobilisant la littérature sur les outils de gestion, les instruments d'action publique et la sociologie de la quantification, nous montrons qu'EDS produit une série d'incitatifs répondant, à l'heure actuelle, seulement partiellement aux objectifs de coordination ville-hôpital.

**Analyse descriptive des Innovations Organisationnelles de l'article 51 [Article] / Grandclaude, Sabrina; Nobre, Thierry; Schneider, Pauline in Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 39, n° 6, 2021, pp.331-346 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)**

**Résumé :** Cette recherche a pour objectif de préciser les caractéristiques constitutives des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) développées dans le cadre de l'article 51. Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale 2018, l'article 51 constitue un protocole catalyseur de l'innovation en santé, dont la particularité est d'être à l'initiative des acteurs et de déroger aux règles organisationnelles et de financements classiques. C'est ainsi un terreau fertile pour dresser un état des lieux des IOS en cours, dans le contexte français. Sur un plan méthodologique, les cahiers des charges et les avis du comité technique des projets expérimentés dans le cadre de l'article 51 sont analysés pour développer une catégorisation des IOS. Les résultats, qui proposent une analyse descriptive des projets initiés, soulignent ainsi l'existence de 4 catégories principales d'IOS dans l'article 51 : Coordination et Parcours pour une intervention pluri-professionnelle et un décloisonnement organisationnel ; Outils numériques et télémédecine à visée transformative organisationnelle ; Prescription et conciliation médicamenteuse renforcées par la communication et le développement de nouvelles

relations entre acteurs ; Prévention, accès aux soins et traitement. L'analyse des conditions de fonctionnement de ces innovations, récemment expérimentées, insiste sur les attributs de chaque type d'innovations qu'il convient de prendre en compte pour atteindre la performance attendue.

**Article 51 : EDS, IPEP et PEPS : Premiers mois de mise en oeuvre des 3 expérimentations** [Fascicule] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Jaouannet, Pauline; Lansac, Claire; Reberga, Axèle . - Paris [FRA] : ANAP, 2020/11. - 42p. [cote BA40/0347](#)

**Résumé** : La LFSS (loi de financement de la sécurité sociale) de 2018 a introduit, via l'article 51, un cadre légal qui permet, non seulement d'expérimenter de nouvelles organisations en santé en s'appuyant sur des modes de financement inédits, mais aussi de déroger aux règles de droit commun, tant en ville qu'en établissement de santé ou médico-social. Ces expérimentations doivent contribuer à améliorer la coordination du parcours de santé, la structuration des soins ambulatoires, l'accès aux soins ou encore assurer une meilleure pertinence de la prescription des produits de santé. Les expérimentations Episode de soins (EDS), Incitation à une prise en charge partagée (IPEP) et ont un champ d'application national et sont à l'initiative des pouvoirs publics. Elles reposent sur des Appels à Manifestation d'Intérêt. Les projets sélectionnés bénéficient alors d'un accompagnement sur une durée maximale de 5 ans et feront l'objet d'une évaluation externe, préalable à une éventuelle généralisation des dispositifs testés. La présente publication tire les premiers enseignements de la mise en oeuvre des trois expérimentations nationales EDS, IPEP et PEPS, un an après leur lancement. Il ne s'agit pas d'un rapport d'évaluation de ces expérimentations en cours, mais d'une synthèse des points clés de leur démarrage. Ainsi, les premières actions déployées ou en cours de conception peuvent servir de source d'inspiration pour les autres expérimentateurs.

**Article 51 : évolution ou révolution ? Des réseaux de soins coordonnés au paiement des équipes de professionnels de santé : un même combat** [Article] / Launois, Robert *in* Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 38, n° 1, 2020, pp.3-20 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Les sous-ensembles organisés de professionnels de santé se sont multipliés au cours de la dernière décennie, mais leurs conditions de fonctionnement demeuraient aléatoires. En l'absence de financements globalisés et transversaux, leur pérennité était subordonnée à l'enthousiasme de leurs créateurs. Le maintien de cette médecine artisanale n'est plus à même de faire face aux problèmes que pose l'émergence des maladies chroniques. Le défi auquel le monde de la santé doit aujourd'hui faire face est de constituer des équipes structurées et coordonnées autour du malade. Le service médical rendu aux malades doit être au centre du débat. Il est la seule finalité qui permette de transcender les légitimes antagonismes professionnels. Il est le concept opérationnel autour duquel doivent se créer les groupements de professionnels de santé. Seuls, ces groupements, sont capables d'améliorer le service rendu au malade et de renforcer l'efficacité des soins. L'expérimentation en vie réelle des réseaux Groupama et Resalis mis en place au cours des années 2000 dans le cadre des ordonnances Juppé ont démontré que l'exercice coordonné en médecine de ville avait une véritable valeur ajoutée. Cette coordination, si elle entraîne une saine émulation sur le plan de la qualité, n'est pas suffisante pour rationaliser le système puisqu'elle n'introduit aucun nouveau critère d'économicité dans les choix. Il convient d'inverser les incitations en introduisant des financements globalisés per capita et en les complétant par des mécanismes appropriés d'intéressement collectif.

**Où en sont les expérimentations innovantes en santé, menées au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 ?** [Article] / Cash, Roland *in* Finances hospitalières, n° 144, mars 2020, pp.6-10

**Résumé** : Les expérimentations dites « article 51 » ont démarré dans la deuxième moitié de l'année 2019 et montent rapidement en charge, assorties d'un dispositif d'accompagnement de projet rigoureux et d'un dispositif d'évaluation. Des éclairages ont été fournis fin 2019 sur l'état d'avancement de ces expérimentations, dans un rapport au Parlement rédigé par l'équipe nationale en charge du projet. Cet article revient sur les principaux volets du dispositif et fait un point sur les projets engagés, notamment les trois appels à manifestation d'intérêt : -l'expérimentation d'incitation à une prise en charge partagée (IPEP) -L'expérimentation "Episode de soins" (EDS) -l'expérimentation de paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS).

**Innovations dans le système de santé : Des blocages à lever** [Article] / Taillandier, Laura *in* Directions, n° 178, septembre 2019, pp.4-6

**Résumé** : Le dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé dit « article 51 » n'a pas pour l'instant rencontré le succès attendu dans le secteur social et médico-social. Procédure lourde, complexité liée à la double tutelle, confusion autour des critères d'éligibilité... Les obstacles à surmonter sont aussi importants que l'impatience des acteurs sur le terrain.

## Quels impacts sur les métiers et les relations entre professionnels ?

**Le référent de parcours de santé complexe** [Article] / Vion, Aurélie *in* Directions, n° 219, mai 2023, p.40

**Résumé** : Le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination s'accompagne d'une nouvelle fonction, celle de référent de parcours de santé complexe, qui vient de faire l'objet d'un [référentiel de compétences et d'activités](#). La première étape vers une certification professionnelle.

**Le cadre de santé, incontournable pour l'efficacité des parcours de santé** [Article] / Gori-Métézeau, Florence *in* Objectif soins & management, n°291, février-mars 2023, pp.66-72

**Résumé** : Le cadre de santé occupe une place centrale dans la gestion des compétences de son équipe. Cet article présente les résultats d'une étude sur la place du cadre de santé dans la coordination interdisciplinaire ville-hôpital. Plus particulièrement, il s'agit d'identifier

de quelle manière il peut intervenir dans la gestion des compétences collectives au sein d'une équipe interdisciplinaire. L'objectif est de favoriser un accompagnement efficient de l'usager dans son parcours de santé.

**La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier** [Chapitre] / Schweyer, François-Xavier. - Paris [FRA] : IRDES, 2022/06, pp.195-206 *in* Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques [Ouvrage] / Denise, Thomas; Divay, Sophie; Dos Santos, Marie; et al. - Paris [FRA] : IRDES, 2022/06. - 488p. [cote BL21/0015](#)

**Résumé** : Une des priorités des réformes du système de santé est de structurer la médecine libérale pour promouvoir les soins primaires. Le développement de l'exercice coordonné au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) est l'instrument privilégié par les pouvoirs publics pour répondre aux besoins de la population et garantir l'accès aux soins. Mais les difficultés rencontrées par les promoteurs de MSP sont nombreuses et demandent d'organiser un appui aux équipes sous la forme d'une fonction de coordination. En dépit de freins structurels et professionnels, on observe un processus de professionnalisation de la fonction de coordination de MSP. Pour autant, sa traduction en métier reste incertaine.

**La coordination : d'une fonction à un métier ? le cas des coordonnateurs dédiés en santé** [Article] / Aubert, Isabelle; Kletz, Frédéric; Sardas, Jean-Claude *in* Politiques & management public, vol. 39, n°3, 2022, pp. 317-339 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : L'apparition de nouvelles figures d'acteurs dédiés à la coordination des prises en charge de patients constitue l'un des faits caractéristiques de l'évolution contemporaine du système de santé. Elle recouvre des formes multiples d'exercice professionnel et de rôles, qui rendent ce phénomène parfois peu lisible. Notre recherche vise à mieux connaître le contenu et les modalités des activités de coordination exercées par les coordonnateurs dédiés en santé (travaillant dans des Dispositifs d'Appui à la Coordination ou en établissement de santé), afin de caractériser la dynamique de ce champ professionnel en cours de construction. L'analyse de ces questions repose sur un cadre théorique situé au croisement de la littérature en sciences de gestion sur la coordination et un ensemble de travaux en management de la santé, sociologie et sciences de gestion sur les métiers et les dynamiques professionnelles, au sein ou en dehors du champ de la santé. Obtenus à partir d'une méthodologie de recherche de nature qualitative, nos résultats proposent une analyse comparative des profils des coordonnateurs dédiés, qui fonde l'élaboration d'une typologie de leurs identités professionnelles.

**L'infirmier de coordination de parcours de soins, un métier émergent** [Article] / Meyer, Marie-Astrid *in* Revue de l'infirmière, n°278, février 2022, pp. 28-30

**Résumé** : L'infirmier de coordination de parcours de soins agit en étroite collaboration avec les différents professionnels des champs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la prise en soins du patient. Sa coordination du parcours de soins, sur un temps donné, favorise un accompagnement personnalisé dans le cadre d'une prise en charge structurée qui envisage également les parcours de santé et de vie du patient.

**Les gestionnaires de cas à la croisée des chemins** [Article] / Mabilieu, Flore *in* Directions, n° 201, octobre 2021, p.40

**Résumé** : Le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes des personnes âgées fragilisées, ainsi que la création de la fonction de référent, fragilisent les gestionnaires de cas.

**Les case-managers en santé mentale : des professionnels en quête de définition** [Article] / Bartoli, Annie; Sebai, Jihane; Gozlan, Guy *in* Management & Avenir Santé, 2020/1, n° 6, p. 83-104 [En ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Dans un contexte souvent marqué par le cloisonnement des structures et des institutions et le besoin d'interfaces entre les secteurs médicaux, sanitaires et sociaux, le case-management apparaît de plus en plus comme une approche adaptée pour un accompagnement multidimensionnel et progressif du patient dans son milieu de vie ordinaire en permettant une meilleure coordination des soins et des services. Pour autant, les représentations et traductions opérationnelles de ce concept restent multifformes et sources de confusion. Cet article vise à analyser différentes conceptions et pratiques du case-management et à étudier le rôle des acteurs qui l'incarnent dans le champ particulier de la santé mentale. Partant du constat selon lequel ce concept et ses déclinaisons pratiques viennent essentiellement du monde anglo-saxon, la recherche s'attache à dégager les éventuelles spécificités d'approches développées dans d'autres contextes, à partir de cas de structures françaises et suisses de santé mentale ayant mis en place ces dispositifs, et à interroger l'émergence et la réalité d'un nouveau métier de case-manager en quête de définition.

**Ambiguïté et appropriation d'un dispositif d'appui à la coordination par les médecins traitants** [Article] / Routelous, Christelle; Philippe, Tiphaine *in* Journal de gestion et d'économie de la santé, vol.38, n° 5-6, 2020, pp.391-414

[Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : La France a mis en œuvre de nombreux dispositifs de coordination afin de pallier au décalage entre les pratiques historiquement cloisonnées au sein du système de santé et les besoins transversaux des malades chroniques. C'est une véritable approche pluri-professionnelle et globale des parcours de santé qui est attendue. Pourtant l'exercice collectif et coordonné reste en France minoritaire en particulier dans les pratiques des médecins généralistes. Notre travail vise à mieux comprendre la manière dont les médecins généralistes s'approprient un dispositif d'appui à la coordination. Pour cela nous avons mené une étude qualitative auprès de 14 utilisateurs d'une plateforme territoriale d'appui. Nos résultats montrent d'abord que les médecins sont ambigus vis-à-vis des modalités de travail et de coopération avec le dispositif de coordination, en cantonnant ce dernier à un rôle de prestataire par la délégation de tâches ponctuelles. Cette situation permet de maintenir les médecins généralistes comme pivot du parcours en parallèle du travail de coordination réalisé par la PTA. Ensuite nous avons mis à jour l'ambiguïté des médecins généralistes vis-à-vis des finalités du dispositif. Ces derniers hybrident leur besoin d'être soutenu dans des tâches jugées complexes et dans l'appui aux parcours

complexes. Enfin nous avons éclairé l'ambiguïté des médecins vis-à-vis de leur propre rôle dans la coordination des parcours de santé en montrant l'acceptation de déléguer des tâches qu'ils jugent eux-mêmes comme ne relevant pas de leurs prérogatives ou incompatibles avec leurs contraintes.

**L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical [Article] / Moyal, Anne in Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier-février-mars 2020, pp. 103-123** [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé :** Cet article se propose d'étudier la forme que prend la coordination entre professionnels de santé qui exercent en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). À travers une étude qualitative dans cinq MSP signataires de l'ACI, nous montrons que les nouvelles procédures de coordination qui formalisent la division du travail en MSP, ainsi que les pratiques informelles de coordination entre professionnels, reconfigurent les territoires professionnels. Les professionnels non médecins voient notamment leurs périmètres d'activité s'étendre, sous l'effet de délégations de tâches des médecins généralistes, qui peuvent être volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel. Nous soutenons que ces délégations soient volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel, elles demeurent sous le contrôle des médecins généralistes, qui s'affirment ce faisant comme les orchestrateurs des prises en charge pluriprofessionnelles en soins primaires.

**Coordinateur de parcours : une nouvelle fonction à part entière [Article] / Loubat, Jean-René in ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3105, du 5 avril au 11 avril 2019, pp.30-31**

**Résumé :** «Un ajusteur de l'offre et de la demande.» C'est ainsi que le psychosociologue Jean-René Loubat traduit la fonction de « coordinateur de parcours ». Une profession qui apporte une nouvelle expertise dans l'accompagnement des usagers.

**Coordination infirmière et maladies chroniques : état des lieux des activités en médecine adulte à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris [Article] / Laurent, Jérémie; Le Cossec, Chloé; De Chambine, Sophie in Recherche en soins infirmiers, n° 136, mars 2019, pp.90-98** [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé :** La transformation des métiers infirmiers peut être une opportunité pour l'organisation de parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques. L'article cherche à identifier et décrire les activités des infirmiers de coordination (IDEC) intervenant auprès des malades chroniques dans les services de médecine adulte à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'enquête a montré que les IDEC exerçaient essentiellement des activités d'expertise et des activités de coordination. Les IDEC permettent de libérer du temps médical, les patients sont satisfaits d'avoir un interlocuteur dédié à qui s'adresser en cas de problème. Leur expertise sert avant tout les malades mais aussi les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soins. Ce travail alimentera la réflexion sur la transformation des métiers infirmiers, notamment depuis la reconnaissance de l'exercice infirmier en pratique avancée.

**L'infirmière en pratique avancée en gériatrie : un nouveau partenaire dans la relation hôpital-ville [Article] / Lenouvel, Christine in Revue de gériatrie (la), vol. 44, n° 5, mai 2019, pp.306-308**

**Résumé :** L'intérêt de l'équipe mobile de gériatrie n'est plus à démontrer. L'apport de son expertise dans la prise en soin d'un sujet âgé favorise un parcours patient optimisé. La création de l'infirmière en pratique avancée permet d'envisager le déploiement d'un tel profil, expert en gérontologie, et dans de multiples secteurs de la filière gériatrique en réponse aux besoins futurs de la population âgée, que ce soit en termes de prévention, d'aide aux aidants jusqu'au stade de l'accompagnement en gestion de fin de vie.

**Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ? [Article] / Buttard, Anne; Macé, Florent; Morvan, Laetitia; Peyron, Christine in Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 37, n°1, 2019, pp. 92-109** [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé :** La coordination pluri professionnelle est un axe fort de la réorganisation des soins primaires en France. Si cette coordination concerne a priori tous les professionnels de santé, certains sont dans les faits, à l'instar du pharmacien d'officine, encore faiblement impliqués. Cet article se propose d'examiner les enjeux de l'intégration des pharmaciens dans un exercice coordonné des soins primaires en France. Il s'appuie d'une part sur une analyse des expérimentations faites dans d'autres systèmes de santé et de leurs évaluations. D'autre part, il développe une première réflexion sur les obstacles qui pourraient expliquer la faible intégration actuelle des pharmaciens en France, et sur les enjeux d'une présence plus affirmée de ces professionnels dans la coordination des soins primaires.

**Le pharmacien référent d'officine : acteur central du parcours de soins [Article] / Moinier, Xavier; Bonnal, Liliane in Revue générale de droit médical, n° 68, septembre 2018, pp.231-241** [Disponible papier et en ligne sur la BNDS](#)

**Résumé :** Le pharmacien d'officine, dernier maillon de la chaîne de distribution du médicament prend une place centrale dans le parcours de soins. Avec la mise en place de la substitution et le développement de l'automédication, le pharmacien voit son rôle d'accompagnateur et d'éducateur thérapeutique renforcé au sein de l'officine. Fort des expériences du pharmacien référent créé au sein d'établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France et la mise en place de la fonction de «pharmacien de référence» pour les patients dans les officines belges, il semble possible d'envisager la généralisation du statut de pharmacien référent d'officine à l'instar du dispositif de médecin référent existant en médecine générale.

**La coordination : une fonction à géométrie variable au service des logiques de parcours [Article] / Brandibas, Gilles; Eleta, Matthieu; Boukelal, Ali; et al in Cahiers de l'actif, n°504-507, mai-août 2018, pp.5-182**

**Résumé :** Dans ce dossier consacré à la coordination, les deux premières parties se penchent plus particulièrement sur la fonction de coordinateur au sein du travail social. La première partie examine la place et le rôle du coordinateur sous ses différentes facettes :

coordinateur de projet, coordinateur d'équipe, coordinateur de parcours... La deuxième partie donne la parole aux «coordo» au sein de plusieurs structures (foyer d'accueil médicalisé, institut médico-éducatif...).

**Perspectives de pratiques avancées appliquées à la coordination des parcours de soins et de santé [Article] / Péoc'h, Nadia** *in* Techniques hospitalières, n° 768, janvier-février 2018, pp.13-18

**Résumé :** Le parcours de la personne malade, handicapée, âgée et l'émergence de la notion de démocratie en santé avec les nouveaux rôles des patients (patient co-partenaire de soins, le Montreal Model) interrogent les contours de la pratique infirmière avancée. La territorialisation de l'offre de soins interroge les métiers de coordination de parcours de soins et de santé cohérents, accessibles, sécurisés et efficaces pour lesquels l'exercice en pratiques avancées trouve sa légitimité et son périmètre d'action.

**Accompagner le handicap : Assistant au parcours de vie [Article] / Dellangnol, Clémence** *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3040, du 29 décembre au 4 janvier 2018, pp.16-20 *Lire aussi :* Handicap : un professionnel aux côtés des familles *in* Directions, n° 160, janvier 2018, p.38

**Résumé :** Depuis un an, la fédération d'employeurs Nexem pilote l'expérimentation d'une nouvelle fonction : l'assistant au projet de vie (APV). La mission centrale de l'APV est de faire entendre la voix des personnes en situation de handicap et de leurs familles et de les soutenir dans leurs choix. Parmi les associations participantes à cette expérimentation, l'association Trisomie 21 Aquitaine qui finance cinq postes d'APV à temps plein à Agen, Bordeaux et Pau.

**Référents de parcours : quatre départements en ordre de marche [Article] / Clément, Lauriane** *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3019, du 14 juillet au 20 juillet 2017, pp.22-25

**Résumé :** Renforcer la cohérence de l'accompagnement, éviter les ruptures et replacer les personnes au cœur de leur projet, tels sont les objectifs de la fonction de "référent de parcours". Une expérimentation démarre dans quatre départements volontaires, où le dispositif, non sans soulever des interrogations parmi les professionnels, commence à montrer sa plus-value.

**De référent soignant en psychiatrie à case manager [Article] / Faivre, Cécile; Mourot, Pascale** *in* Soins cadres, n°104, novembre 2017, pp. 28-30

**Résumé :** Les soins en psychiatrie se sont fondés pendant des décennies sur la référence soignante. Sous l'influence anglo-saxonne, un nouveau paradigme s'impose peu à peu dans les pratiques de soins : le case management. Il impulse une conception inédite du soin, et par voie de conséquence, remodèle les pratiques des professionnels de santé. Retour sur l'expérience menée au centre psychothérapeutique de Nancy où l'objectif est de professionnaliser le métier de case manager en santé mentale dans les unités ambulatoires afin d'accompagner le patient dans son projet de vie.

**Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées [Article] / Glaser, Cécile; Canceil, Olivier; Gozlan, Guy** *in* L'information psychiatrique, Vol. 92, n° 7, 2016, p. 539-545 **Disponible papier et en ligne sur Cairn**

**Résumé :** Le case management propose un cadre de référence à la prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de pathologies chroniques. La philosophie de l'intervention vise à favoriser un accompagnement progressif vers le rétablissement dans le milieu de vie ordinaire, en collaboration avec les proches et l'entourage immédiat. Dans cette perspective le concept de case management permet d'envisager un métier d'opérateur en santé mentale dont le champ de compétences transdisciplinaires pourrait trouver son application dans l'organisation du secteur. La globalité des réponses proposées aux besoins des usagers par le case management ne doit pas être une entrave à leur prise en charge mais contribuer à démontrer, par l'innovation, l'importance de l'approche-métier en psychiatrie (et a fortiori par le secteur) pour des soins efficaces et efficaces.

**L'intervention de coordination dans les métiers du prendre soin [Ouvrage] / Couturier, Yves; Belzile, Louise. - Nîmes [FRA] : Champ social, 2016. - 168p. [cote IA10/0141](#)**

**Résumé :** En réponse à l'exigence de plus en plus affirmée d'une meilleure prise en compte des complexités constitutives des problèmes sociaux et de santé, les métiers du prendre soin (sciences infirmières, travail social, médecine, éducation, etc.) sont conviés à se coordonner davantage, et nombre de leurs intervenants remplissent une fonction relativement nouvelle de coordonnateur dédié. L'émergence de la coordination dans ces métiers constitue alors un puissant analyseur de la transformation de la professionnalité de ces divers métiers. Le présent ouvrage expose les fondements de cette transformation et en illustre certains de ses effets à travers la figure archétypique du gestionnaire de cas. Une telle figure de la coordination incarne la façon émergente de concevoir des services davantage intégrés pour mieux répondre aux besoins complexes des personnes. L'ouvrage s'adresse autant aux praticiens réflexifs, qu'aux étudiants et formateurs qui souhaitent comprendre les évolutions en cours. Il s'adresse aussi aux chercheurs qui étudient cette nouvelle façon de concevoir l'action professionnelle dans les métiers du prendre soin qu'est l'intervention de coordination. Cette réflexion se structure autour des concepts d'intervention, de situation, de réflexivité, de collaboration interprofessionnelle et de médiation, soit autant de fondamentaux permettant de concevoir l'importance des pratiques de coordination dont le terrain d'action ne cesse de s'étendre.

**Les nouveaux métiers de la coordination [Mémoire] / Brajeul, Maria; Chesnel, Florence; Cohen, Raphaël; Fégar, Lorène; Gein Verschueren, Pauline; Leroux, Delphine; Marie, Carole; Pernel, Marie José; Tounsi, Lina; Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) (Rennes, FRA). - 2016. - 37+Vlp. (Mémoire EHESP - module interprofessionnel de santé publique) [cote MIP16/0008](#) **Disponible papier et en texte intégral sur le site documentation Ehesp****

**Résumé :** En 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) met à disposition des Agences Régionales de santé (ARS) un guide méthodologique destiné à faire évoluer les réseaux de santé pour améliorer la coordination des soins. La complexité des parcours de

santé des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques invite les acteurs de santé à développer des dispositifs de coordination au service de la fluidité et de la qualité des parcours. Ces dispositifs font également émerger de nouveaux métiers. Mais s'agit-il véritablement de métiers? Quels services proposent effectivement ces dispositifs qui a priori ciblent chacun leur public? Quelles sont les compétences des professionnels au service de ces structures et réseaux? Quelles sont leurs activités quotidiennes? Ces dispositifs répondent-ils à une carence ou participent-ils au délitement de certains métiers pré-existants? Comment les professionnels dédiés se projettent-ils dans le contexte social, économique, budgétaire, juridique et politique dans lequel ils évoluent? Pour y voir plus clair sur le sujet, nous avons utilisé une méthodologie basée sur la recherche documentaire et l'entretien semi-directif auprès de différents professionnels dédiés à la coordination. Nous avons comparé notamment les activités et les compétences de ces professionnels qui exercent en Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), réseaux d'oncologie, Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

**Intervenir en première ligne : Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité [Ouvrage] /** Douguet, Florence, dir.; Fillaut, Thierry, dir.; Hontebeyrie, Juliette, dir.; Schweyer, François-Xavier; Beyrie, Adeline; Chauvet, Marine; et al. - Paris [FRA] : L'Harmattan, 2016. - 229p. - [cote IA10/0130](#)

**Résumé :** Au cours de la dernière décennie, les professions de santé libérales ont été encouragées à développer des modes d'exercice groupés et pluridisciplinaires afin de décloisonner les prises en charge et d'éviter les ruptures dans les parcours de soins. Ces évolutions impliquent une redistribution des tâches entre professionnels, laquelle conduit à redessiner les contours de ces métiers, voire à en créer de nouveaux. L'objectif de cet ouvrage, issu d'un colloque organisé par le Laboratoire d'études et de recherche en sociologie de Lorient, est de repérer et d'analyser les enjeux de ces reconfigurations et de rendre compte des pratiques et des relations entre les différents professionnels de santé.

**La coordination, un enjeu infirmier [Article] /** Le Boeuf, Dominique, coor.; Hénaut, Léonie; Bloch, Marie-Aline; Waelli, Mathias; Minvielle, Etienne; et al. *in* Soins, n° 806, juin 2016, pp.19-55

**Résumé :** Participer à la coordination des soins pour une prise en charge globale des parties fait partie intégrante des activités infirmières. L'appellation "Infirmier coordonnateur" (IDEc) est désormais souvent utilisée, même si elle recouvre des réalités diverses et que seuls certains coordonnateurs -en service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), en service polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad) et à l'hôpital pour les prélèvements de tissus- sont réglementairement reconnus. Ces nouvelles fonctions répondent à un besoin constaté depuis une trentaine d'années par les pouvoirs publics et se sont développées dans le cadre d'appel à projets ou de financements dédiés (plan cancer, Paerpa...). A travers une dizaine de contributions, ce dossier fait le point sur ces nouveaux métiers de la coordination qui ouvrent de nouvelles opportunités de carrière et contribuent à la montée en qualification de la profession ainsi qu'à la transformation des relations entre les acteurs du soin.

## Regards étrangers

**Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays [Article] /** Michel, Lucie; Or, Zeynep *in* Questions d'économie de la santé, n° 248, avril 2020, 8p. [Disponible papier et en ligne sur le site de l'IRDES](#)

**Résumé :** En France, depuis une quinzaine d'années, les soins primaires se réorganisent à travers, notamment, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires. Mais les médecins spécialistes sont rarement engagés dans ces organisations. L'hyperspécialisation, qui risque de produire une fragmentation de l'offre de soins de plus en plus importante, et les difficultés d'accès aux soins de spécialistes interrogent sur les modes d'organisation de la médecine spécialisée. A partir de huit études de cas observés dans cinq pays, les auteures proposent ici une analyse de nouveaux modèles d'organisation de la médecine spécialisée. Elles décrivent les démarches et outils mobilisés afin de mieux prendre en compte les besoins des patients et de décloisonner les prises en charge. Elles questionnent ensuite la manière dont ces démarches viennent bousculer tant les rôles des spécialistes que ceux des autres professionnels de santé concernés.

**Mieux coordonner les services pour patients coûteux et complexes : Est-ce utile ? [Article] /** Malone, Antoine *in* Revue hospitalière de France, n° 592, janvier-février 2020, pp.12-14

**Résumé :** La prise en charge des patients coûteux et complexes représente un enjeu crucial pour l'ensemble des systèmes de santé avancés. Certaines statistiques, à l'instar de celle qui relève que 5 % de la population américaine génère 50 % des dépenses de santé, sont des préalables à toute discussion sur le sujet. De fait, presque tous les systèmes ou organisations de santé ont mis en place des dispositifs pour améliorer la prise en charge de ces patients, et notamment la coordination de services. Cette stratégie est perçue comme la plus à même d'améliorer les résultats de santé et de réduire les dépenses, en diminuant le recours aux urgences en particulier et à l'hôpital en général. Le modèle de la Camden Coalition of Healthcare Providers dédié aux très grands utilisateurs est l'un des plus connus, aboutis et documentés. Mais une étude récente a remis en cause l'impact de ce modèle sur la probabilité de réadmission des patients à six mois.

**Un système de santé intégré qui repose sur une médecine de parcours : L'exemple des communautés autonomes basques et de Navarre en Espagne [Article] /** Heulin, Nathalie; Marlats, Philippe *in* Santé RH, n° 119, septembre 2019, pp.8-11

**Résumé :** Le système de santé en Espagne repose sur une forte déconcentration au niveau des 17 régions autonomes. Alors que notre système s'engage dans la médecine de parcours, avec, notamment la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT),

les auteurs se sont intéressés aux systèmes très intégrés choisis par les communautés autonomes de Navarre et du Pays Basque, «Euskadi», qui présentent l'avantage de s'appuyer sur une médecine de parcours à l'échelle du territoire et qui bénéficient de résultats satisfaisants en terme de santé publique à travers notamment, le développement récent du système de l'Organisation Sanitaire Intégrée (OSI).

**Paiement au parcours de soins : Quelles leçons de l'exemple suédois Orthochoice** [Article] / Lebéé-Thomas, Emilie *in* Finances hospitalières, n° 134, avril 2019, pp.15-17

**Résumé** : Confrontés à des problématiques de financement et à des demandes de mise en cohérence de leur offre de soins par les patients, les systèmes de santé internationaux travaillent à de nouveaux modes de financement basés sur la valeur des soins. Le paiement au parcours, promu par la mission Aubert en France dans le cadre de Ma Santé 2022, est une des solutions expérimentées dans de nombreux pays. La Suède, avec le programme Orthochoice, a mis en place un paiement unique au parcours pour toutes les poses de prothèse de hanche et de genou.

**Accountable Care Organizations (ACO) : quelle pertinence pour le système de santé français ?** [Article] / Lemaire, Natacha *in* Les Tribunes de la santé, vol. 59, n°1, 2019/03, pp. 99-107 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Au moment où s'ouvrent les négociations sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) visant à confier la responsabilité de la population locale à un collectif de soignants (1 000 CPTS attendues en 2022 dans le cadre du plan « Ma santé 2022 »), il est intéressant de se pencher sur les Accountable Care Organizations (ACO) créées aux États-Unis dans le cadre de l'Obamacare de 2010. Les ACO sont des groupements volontaires d'offres de soins (professionnels de santé, établissements de santé et autres offreurs de soins), constitués librement pour délivrer des soins coordonnés de qualité à leurs patients. Le modèle est fondé sur la responsabilité collective, en rendant l'ACO responsable de la dépense de soins, sans modifier le système de rémunération des opérateurs, fondé sur le paiement à l'acte, sans faire peser de contraintes particulières sur le patient.

**Responsabilité populationnelle en Belgique : Le programme expérimental INTEGREGO** [Article] / Malone, Antoine *in* Revue hospitalière de France, n° 586, janvier-février 2019, pp.6-8

**Résumé** : Le concept d'intégration clinique, en particulier pour des populations atteintes de pathologies chroniques, s'impose comme un paradigme dominant à l'échelle mondiale. Dans l'Hexagone, la Fédération hospitalière de France s'est faite le promoteur de la responsabilité populationnelle, qui met l'accent sur cette dimension particulière de l'intégration. L'auteur revient sur le concept d'intégration clinique et s'intéresse au programme expérimental INTEGREGO déployé en Belgique, en mettant en avant ses points d'achoppement avec l'article 51 de la loi de financement de sécurité sociale 2018 et la démarche portée par la FHF.

**Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger** [Article] / Beija, Mariana; Georges-Picot, Antoine *in* Finances hospitalières, n°123, avril 2018, pp.15-20

**Résumé** : L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale incite les organisations à expérimenter de nouveaux modèles de financement tels que la tarification au parcours. L'expérience internationale sur ce sujet est déjà riche, mais les exemples de modèles qui ont très bien réussi sont limités.

**Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis** [Rapport] / Lemaire, Natacha; Secrétariat général des Ministères sociaux (Paris, FRA). – 2017/11, 45 p. [En ligne sur le site de l'ARS](#)

**Résumé** : L'étude avait pour objectif de comprendre l'évolution des ACOs depuis leur création ainsi que les modalités de prise en charge des patients, notamment dans le cas de transitions entre la ville et l'hôpital. Menée auprès de 13 ACOs de Medicare implantées dans 8 Etats différents (New York, Floride, Texas, Delaware, Californie, Kentucky, Arizona et Pennsylvanie), elle a occasionné 40 interviews de personnes impliquées dans ces ACOs (directeurs généraux, directeurs opérationnels, directeurs médicaux, médecins participants et membres de l'équipe de l'ACO ou de cabinet médical) ou d'experts (personnels du Secrétariat d'Etat chargé de la Santé, chercheurs, consultants). Au-delà des ACOs étudiées, l'étude a permis l'observation privilégiée de l'élaboration puis du suivi d'une politique publique de santé aux Etats-Unis. C'est l'ensemble qui est retracé dans le présent rapport qui est organisé autour d'une présentation des ACOs développés par Medicare (I) et d'une première réflexion sur la transposition d'une démarche similaire en France (II).

**L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?** [Fascicule] / Mousquès, J.; Lenormand, M.C.; Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (Paris, FRA); Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) (Paris, FRA) *in* Questions d'économie de la santé, n° 227, avril 2017, 8p. [en ligne sur le site de l'IRDES](#)

**Résumé** : L'Affordable Care Act, dit "Obamacare", adopté aux États-Unis en 2010, est principalement connu pour son objectif emblématique d'extension de la couverture santé à l'ensemble de la population. Un chapitre de cette loi concerne également la promotion de nouvelles formes d'organisation des soins de nature à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Le Centre d'innovation pour Medicare et Medicaid a, dès 2012, lancé différentes expérimentations principalement destinées à renforcer les soins primaires. Les Accountable Care Organizations (ACO) constituent l'expérimentation la plus ambitieuse puisqu'elle favorise également la coordination entre les services de ville et l'hôpital. Ce type d'organisations a connu une diffusion rapide depuis leur mise en place. Plus de 800 ACO sont aujourd'hui recensées et couvrent 28 millions de personnes, soit 15% des assurés américains. Cette synthèse de la littérature permet d'étudier les caractéristiques des ACO, leur performance, les outils et dispositifs mobilisés, et offre un éclairage intéressant pour le système de santé français.

**Intégration et parcours de soins : Prendre en compte le point de vue des patients** [Article] / Malone, Antoine *in* Revue hospitalière de France, n° 572, septembre-octobre 2016, pp.14-16

**Résumé** : L'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de patients complexes, souffrant de plusieurs pathologies, crée des tensions nouvelles sur nos systèmes de santé. En général, ces patients reçoivent des services de la part de multiples acteurs, consomment plusieurs médicaments et sont souvent hospitalisés. Les besoins de coordination entre acteurs augmentent. La demande d'intégration des services est particulièrement forte dans le contexte traditionnellement éclaté du système sanitaire et médico-social français. Mais qu'en est-il de l'intégration des premiers intéressés : les patients? L'étude présentée dans cet article a cherché à savoir si un programme d'intégration de la prise en charge de patients âgés vivant avec plusieurs pathologies chroniques (le programme d'intégration du Massachusetts General Hospital) avait conduit, chez eux, à l'amélioration du sentiment d'intégration.

## Autres ressources

---

### Communiqués de presse et dépêches

La DGOS annonce la pérennisation de 31 projets innovants d'organisation en psychiatrie : [Dépêche Hospimédia du 20 décembre 2023](#)

Les communautés de pratique misent sur l'intelligence collective au service des parcours : [Dépêche Hospimédia du 19 décembre 2023](#)

Une large majorité d'Ehpad sont retenus pour porter les centres de ressources territoriaux : [Dépêche Hospimédia du 8 décembre 2023](#)

Une réforme du modèle économique des dispositifs d'appui à la coordination s'impose : [Dépêche Hospimédia du 15 novembre 2023](#)

Les équipes de soins coordonnées avec le patient seront expérimentées pendant trois ans : [Dépêche Hospimédia du 12 mai 2023](#)

Les pôles de compétences et prestations externalisées ont des accompagnements très divers : [Dépêche Hospimédia du 5 mai 2023](#)

Les dispositifs de coordination ne peuvent pallier l'absence d'établissements : [Dépêche Hospimédia du 9 janvier 2023](#)

La communauté 360 prouve son utilité en Creuse au service de solutions adaptées : [Dépêche Hospimédia du 4 novembre 2022](#)

L'ARS Île-de-France pérennise sa démarche d'appui à la transformation de l'offre handicap : [Dépêche Hospimédia du 17 août 2022](#)

Offre médico-sociale : Transformer un ESMS en dispositif implique de repenser la coordination et les partenariats : [Dépêche Hospimédia du 9 décembre 2021](#)

Cyrille Lesenne, directeur général de l'Assiac : "Dans les concepts mobilisés autour des Dac, l'intégration a été supprimée" : [Dépêche Hospimédia du 3 novembre 2021](#)

Quelles sont les missions des centres de ressources territoriaux ? : [Dépêche Hospimédia du 19 octobre 2022](#)

## Sites internet

Page du Ministère de la santé et de la prévention sur [les dispositifs d'appui à la coordination](#) (DAC) avec une [cartographie](#) disponible



Représenté dans toute la France par ses 15 fédérations régionales, le [mouvement AVECSanté](#) a pour objectif de développer l'exercice coordonné en équipe et en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Quelle différence entre MSP et CPTS ? Association 1901 ou Sisa ? Quelle coordination en CPTS ou en MSP ? : AVECSanté propose un éclairage sur les notions de l'exercice coordonné à partir de [neuf vidéos](#)

La [Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé](#) a vocation à promouvoir l'organisation territoriale ambulatoire du système de santé, soutenir la création et le développement des CPTS.

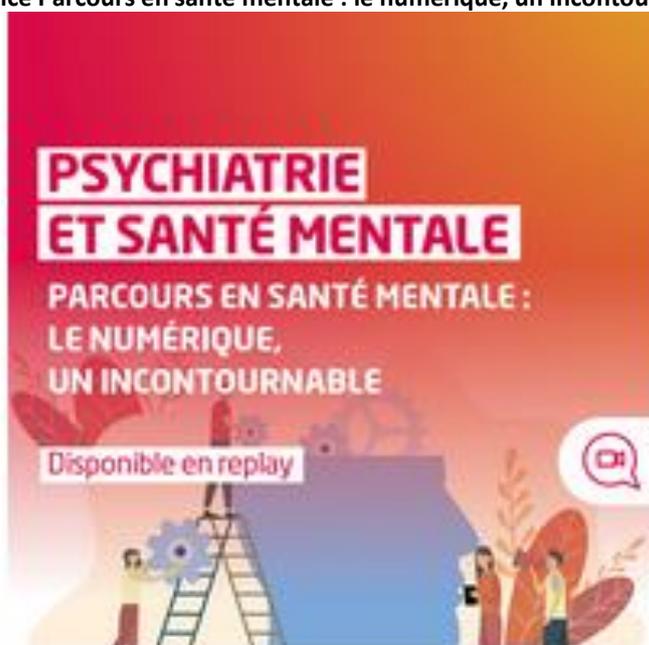
Les pages de la Haute Autorité de Santé dédiée aux Parcours : «[Construire, organiser les parcours/ma santé 2022](#)» et «[Coordination des soins](#)»

## Bibliographies

[Les parcours de soins des personnes victimes d'AVC](#) : Bibliographie thématique de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé (IRDES), novembre 2021

[Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger](#) : Bibliographie thématique de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé (IRDES), mise à jour en novembre 2023





Service documentation EHESP -- Dossier Documentaire :

**Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination**

*Vous pouvez consulter les différents dossiers documentaires sur  
le site [internet du service documentation](#)*

