



Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination Dossier Documentaire

Rédaction : Catherine Calvez

Date d'édition : 2 mai 2018

Période consultée : 2014 à 2018

Vous pouvez consulter les différents dossiers documentaires sur le site Internet du service documentation :

<http://documentation.ehesp.fr/produits-documentaires/bibliographies-et-dossiers-documentaires/>

Copyright © 2018 Service Documentation EHESP
Reproduction sur d'autres sites interdite. Lien vers le document accepté.

Notes :

Tous les documents signalés dans ce dossier documentaire sont disponibles : ils existent sous forme papier à la bibliothèque de l'EHESP **et/ou** en texte intégral sur les bases de données auxquelles la bibliothèque est abonnée. Pour les modes d'accès à ces bases de données, consulter le site internet du service documentation : <http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/ressources-numeriques/>

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 de parcours s'appuie sur un ensemble de dispositifs de coordination qui peuvent s'adresser à une population spécifique (personne âgée, handicapée...), à une pathologie particulière (réseau de cancérologie, réseau 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).

La notion de parcours est un axe principal de la [loi Santé du 26 janvier 2016](#) qui intègre l'organisation des parcours de santé dans la politique de santé nationale et crée de nouveaux outils pour faciliter la coordination : création des plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (PTA) et des communautés professionnelles territoriales de santé, amélioration du partage d'information entre professionnels de santé et professionnels du secteur social et médico-social, instauration d'un plan d'accompagnement global pour les personnes handicapées...

Elle est également présente dans la [Stratégie Nationale de Santé 2018-2022](#) (SNS) adoptée par le gouvernement fin décembre 2017. L'axe 3 de la SNS «Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé» prévoit notamment d'assurer la continuité des parcours en santé. La SNS promeut une logique de complémentarité qui doit se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture. Elle appelle, entre autres, à une meilleure gestion des transitions ville-hôpital et à une convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale («MAIA»,«PTA», «PAERPA», réseaux).

Cette notion de parcours induit également de nouvelles compétences professionnelles et conduit à l'émergence de nouveaux métiers : gestionnaire de cas, coordonnateur de parcours, référent de parcours...

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 s'est focalisé notamment sur les nouveaux dispositifs créés par la loi de santé de 2016.

Sommaire du dossier

Quelques éléments de définition	4
Repères chronologiques	6
Cadre juridique	9
Sélection bibliographique	10
Analyse générale sur les parcours de soins et de santé	10
<i>Ouvrages, Rapports</i>	10
<i>Articles, numéros spéciaux</i>	11
Au-delà du parcours de santé : parcours de vie et intégration de services	12
<i>Ouvrages, Rapports</i>	12
<i>Articles, numéros spéciaux</i>	13
Quels dispositifs pour la mise en œuvre des parcours ?	14
<i>Au niveau de l'interface Ville/hôpital</i>	14
<i>Des exemples de réalisation</i>	14
<i>Au niveau des parcours complexes : Où l'on parle de Plateforme territoriale d'appui</i>	15
<i>Au niveau des maladies chroniques</i>	16
<i>Etudes générales</i>	16
<i>Des exemples de réalisation</i>	17
<i>Au niveau du handicap</i>	17
<i>Etudes générales</i>	17
<i>La démarche «Une réponse accompagnée pour tous»</i>	17
<i>Le dispositif intégré des ITEP</i>	18
<i>Des exemples de réalisation</i>	19
<i>Au niveau de la périnatalité</i>	19
<i>Au niveau de la santé mentale</i>	20
<i>Au niveau du retour à domicile : Où l'on parle du PRADO</i>	21
<i>Au niveau du vieillissement</i>	22
<i>Etudes générales</i>	22
<i>CLIC</i>	23
<i>PAERPA</i>	23
<i>MAIA</i>	24
<i>Des exemples de réalisation</i>	25

Les modes d'exercice coordonnés	25
<i>Communauté Professionnelle Territoriale de Santé et Equipe soins primaires</i>	25
<i>Centres et Maisons de santé</i>	26
Quels outils pour la coordination ?	27
<i>Les systèmes d'information et le territoire de soins numérique</i>	27
<i>Le partage d'information et le dossier médical partagé</i>	27
<i>Le financement et les modes de paiement de la coordination</i>	28
Quels impacts sur les métiers ?	29
Regards étrangers	32
Autres ressources	33
Communiqués de presse et dépêches	33
Sites internet et bibliographies complémentaires	33

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, 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, p.13

Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels. L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre «appropriée ou pertinente» des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

Définition extraite du site de la Haute Autorité de santé, janvier 2015

Autour des dispositifs de coordination...

CPTS : Communautés professionnelles territoriales 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

ESP : Equipes 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*

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

Présentation extraite du *site de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, janvier 2018*

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^{ème} génération, Ministère des solidarités et de la santé, 2016*

Plan personnalisé de santé

Le plan personnalisé de santé (PPS) a été formalisé dans le cadre de l'expérimentation «Personnes âgées en risque de perte d'autonomie» (Paerpa). Il vise à favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle du patient âgé. Il s'applique dans toutes les situations où un travail formalisé est utile entre acteurs de proximité exerçant au plus près de la personne (médecin traitant, médecins spécialistes, infirmier libéral ou coordonnateur de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), pharmacien...). Il favorise la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Il prend en compte toutes les dimensions de la prise en charge des patients : médicale, psychologique et sociale.

Présentation extraite du *Webzine de la Haute Autorité de Santé, janvier 2016*

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 sur 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. Courant 2017, Prado sera proposé après une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC) et aux personnes âgées de plus de 75 ans quel que soit le motif d'hospitalisation.

Présentation extraite du [site Améli](#), mai 2017

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 (Article 74 de la LMSS du 26 janvier 2016). 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

⇒ Retrouvez d'autres définitions et éléments dans le document «[Lexique des parcours de A à Z](#)» du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, janvier 2016

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 no 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^{ème} 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 3ème plan Alzheimer](#)

2010 - Reconnaissance des MAIA

Reconnaissance des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) par l'article 78 de la Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui modifie l'article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles

2013 - Expérimentation des PAERPA

L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ouvre, à partir du 1^{er} 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)

- [Cahier des charges des projets pilotes Paerpa, janvier 2013](#)

2014 - Extension des 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

➤ [Arrêté du 8 octobre 2014](#)

2015 - Réponse accompagnée pour Tous

Annnonce du déploiement de la démarche «Une réponse accompagnée pour tous» suite aux recommandations émises par Denis Piveteau dans son rapport «Zéro sans solution»

➤ [Communiqué de presse du 10 novembre 2015](#)

2015 - Création Maison autonomie Modification des MAIA

L'article 77 de la [loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015](#) 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 ([article 82](#)) donne également un cadre légal aux Maisons départementales de l'autonomie (MDA), guichet unique facultatif à destination des personnes âgées et handicapées.

2016 - Création EPS, CPTS, PTA Base légale Démarche RAPT

La [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) 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

- [L'article 64](#) crée des [équipes de soins primaires](#) : 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
- [L'article 65](#) crée les [communautés professionnelles territoriales de santé](#) : 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
- [L'article 74](#) crée les [plateformes territoriales d'appui \(PTA\)](#) : 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
- [L'article 89](#) donne une assise législative à la [démarche «Une réponse accompagnée pour tous»](#) 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
- [L'article 91](#) donne une base légale au fonctionnement des [ITEP en dispositif intégré](#) : 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

- [Les articles 95 et 96](#) aident au partage de l'information

2016 - 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.

- [Cahier des charges sur l'extension des Paerpa, mars 2016](#)

2017 – Stratégie nationale de santé

Adoption fin décembre de la SNS qui prévoit, dans son axe 3, l'amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours de santé

- [Stratégie nationale de santé 2018-2022](#)

Cadre juridique

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

Coordination des parcours des personnes âgées

Article [L113-3](#) du Code de l'action sociale et des familles

[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

[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

[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.

[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»

[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

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

Equipe de soins primaires, Communauté professionnelle territoriale de santé et Plateforme territoriale d'appui

Articles [L6327-1 à L6327-3](#) et Articles [D6327-1 à D6327-10](#) du Code de la santé publique

Articles [L1411-11-1](#) et Articles [L1434-12 à L1434-14](#) du Code de la santé publique

Articles [D6327-1 à D6327-10](#) du Code de la santé publique

[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)

Réseau de santé

Articles [L6321-1 à L6321-2](#) du Code de la santé publique

Projet territorial de santé mentale

Article [L3221-2](#) et Articles [R3224-1 à R3224-10](#) du Code de la santé publique

Partage d'informations entre professionnels

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

[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

Sélection bibliographique

Analyse générale sur les parcours de soins et de santé

Ouvrages, Rapports

Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé [Ouvrage] / Planel, Maurice-Pierre; Varnier, Frédéric; Véran, Olivier, préf.. - Rennes [FRA] : Presses de l'EHESP, 2017. - 235p. [cote BL20/0555](#)

Résumé : Le virage ambulatoire ne se résume pas à une réforme de l'hôpital. C'est une réforme totale dont la réussite est conditionnée à des évolutions importantes de l'organisation des soins de premier recours. Cette réforme correspond à une volonté de remettre à plat l'organisation de notre système de santé, de quitter une logique de silos pour aller vers des modes d'organisation qui répondent aux besoins et aux attentes de nos concitoyens. Le virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé. Cet ouvrage trace les contours d'une nouvelle organisation de notre système de santé en illustrant la réflexion au

travers de notions concrètes, telles que le rôle des médecins généralistes, la promotion des parcours de soins et leurs modes de financement.

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. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2016. - 240p. [cote BA40/0335](#)

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'auprès 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. La loi de poursuit cette évolution en remplaçant la coordination des soins entre les professionnels et les structures de santé comme élément central du système et en créant des outils tels que les communautés professionnelles territoriales de santé et les équipes de soins primaires. Après un rappel des évolutions de ces dernières années et des enjeux de la loi 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).

Parcours de santé versus soins de la personne âgée en Auvergne : proposition d'une définition organisationnelle [Extrait Ouvrage] / Rochette, Corinne ; Rodier, Sophie *in* Management hospitalier et territoires : Les nouveaux défis / Baly, Olivier, dir.; Cazin, Léo, dir.; Despatin, Jane, dir.; et al.. - Paris [FRA] : Presses des Mines, 2016. – pp. 101-120 [cote HA00/0499](#)

Résumé : Les auteurs se proposent dans cette communication de balayer ce que recouvrent les expressions de «parcours de santé», «parcours de soins» et «parcours de vie» dans la littérature professionnelle et académique.

Évaluation de la coordination d'appui aux soins [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA); Blanchard, Philippe; Eslous, Laurence; Yeni, Isabelle; Louis, Pauline. - Paris [FRA] : La Documentation Française, 2014/12. - 123p. [cote BA40/0330](#) [Disponible papier et sur le site de la documentation française](#)

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

La démarche «parcours patient» [Article] / Febvre, Didier; Mazard, Monique; Vincent, Emilie; Quaranta, Jean-François *in* Techniques hospitalières, n° 768, janvier-février 2018, pp.8-12

Résumé : Inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, l'optimisation des parcours des patients s'impose progressivement comme un enjeu de santé publique et un axe transversal structurant du système de santé. Les auteurs reviennent sur le cadre et les objectifs de la démarche parcours patient et souligne son impact pour la certification V2014, la Haute Autorité de santé ayant défini 13 critères concernés par la thématique des parcours. Puis, ils décrivent la situation au CHU de Nice où de nombreux parcours ont été mis en oeuvre, permettant d'assurer un lien ville-hôpital, mais aussi d'apporter un souffle nouveau à la démarche continue de la qualité et de la gestion des risques en impliquant professionnels et équipe de soins.

Coopérations autour des parcours de santé [Article] / Barreau, Pascal, coor.; Mangeonjean, Francis, coor., *in* Soins cadres, n° 104, novembre 2017, pp. 13-38

Résumé : Une volonté d'étendre les partenariats entre les secteurs sanitaire et médico-social et de s'associer autour de logiques de parcours et de prise en charge est aujourd'hui observée. Ce mouvement de rapprochement a été facilité par les pouvoirs publics qui ont multiplié les outils juridiques de coopération. Ce dossier présente une

approche sémantique, juridique, déontologique, éthique et pratique de cette démarche coopérative entre secteur sanitaire et médico-social.

Parcours de santé : promenade ou saut d'obstacles? : 16e journée régionale, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Pessac, 24 juin 2016 [Article] / Rongère-Casteigt, Julie; Bouhier, Frédéric; Migeot, Virginie *in* Risques et qualité en milieu de soins, vol. 14, n° 1, mars 2017, pp.51-54

Résumé : Pour ses 20 ans, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (Ccecqa) a choisi d'aborder, dans le cadre de sa 16e journée régionale, le parcours de santé. L'objectif de cette journée était d'amener les acteurs à mieux comprendre cette notion de parcours et ses implications pour les professionnels et les patients/usagers. Retour sur cette journée qui a permis de revenir sur des expériences portées par des professionnels issus d'équipes différentes et de partager des réflexions sur les opportunités et contraintes qui résultent de la coordination des compétences dans le cadre des parcours.

Autonomie : le parcours de santé, bientôt une réalité ? [Article] / Pragout, Marie *in* TSA - Travail social actualités, n° 72, mai 2016, pp.10-12

Résumé : La loi de santé de janvier 2016 entérine officiellement la notion de parcours de santé, expérimentée depuis plusieurs années sous différentes formes pour faciliter l'accès à l'aide et aux soins de la personne en situation complexe (grand âge, handicap, maladie chronique...). Quels sont les nouveaux outils déployés par la loi? Comment prendront-ils en compte les initiatives et expérimentations existantes? Quid des Paerpa?

Parcours de soins - Parcours de santé [Article] / 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 traités 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. Dossier [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 [Disponible papier et quelques articles du dossier 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.

Au-delà du parcours de santé : parcours de vie et intégration de services

Ouvrages, Rapports

Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale [Ouvrage] / Loubat, Jean-René. - 2e édition. - Paris [FRA] : Dunod, 2017. - 246p. [cote HY80/0013](#)

Résumé : Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont passés en deux décennies du "tout institutionnel" à un recentrage sur la personne, son parcours et son environnement. Aider une personne à réaliser son projet de vie au travers d'un plan d'accompagnement personnalisé, telle est la vocation des dispositifs d'aujourd'hui, véritables plates-formes de service centrées sur la promotion sociale et le développement personnel de leurs bénéficiaires. Jean-René Loubat aborde toutes les étapes concrètes de la coordination de parcours et de plans d'accompagnement : depuis l'accueil, la consultation des attentes et des besoins, l'élaboration d'un plan d'action, sa négociation, son suivi et sa co-évaluation. Dans la filiation du case management, cette coordination constitue pour lui une fonction émergente d'avenir, source d'évolution professionnelle pour de nombreux praticiens.

L'intégration des services en santé : une approche populationnelle [Ouvrage] / Couturier, Yves; Bonin, Lucie; Belzile, Louise. - Montréal [CAN] : Les Presses de l'Université de Montréal (PUM), 2016. - 264p. [cote BL30/0520](#)

Résumé : Partout dans les pays avancés, on cherche des solutions novatrices pour mieux répondre aux besoins des individus en ce qui a trait aux services sociaux et de santé. Le présent ouvrage explore une piste particulièrement prometteuse, mais exigeante: celle de l'intégration. Pour la suivre jusqu'au bout, il faut passer d'un mode d'organisation traditionnel fondé sur les besoins des systèmes à une approche qui se soucie d'aménager les services en fonction des besoins réels de la population. L'idée au cœur de cette approche est que la santé et le bien-être sont l'affaire de tous - pas seulement des soignants - et que cette préoccupation commune doit se déployer tout au long de la vie, dans tous les milieux et à travers toutes les activités humaines. Ce livre réunit de précieuses informations à la fine pointe des modèles conceptuels internationaux et sera utile aux professionnels, aux gestionnaires et aux décideurs qui y trouveront non pas seulement matière à réflexion, mais à action.

Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale [Ouvrage] / Bloch, Marie-Aline; Loubat, Jean-René; Hardy, Jean-Pierre; Piveteau, Denis, préf.. - Paris [FRA] : Dunod, 2016. - 372p. [cote HY80/0009](#)

Résumé : Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale vivent une transition historique qui réinterroge puissamment leurs philosophies, leurs modes d'accompagnement ainsi que leurs modèles d'organisation et de management. Parcours, projet de vie, réseau, inclusion, coordination constituent les paradigmes de ces nouvelles orientations, entraînant à leur tour un nouveau type d'organisation intelligente et efficiente : La plateforme de services. Trois auteurs de référence associent leurs regards et leurs domaines disciplinaires afin d'identifier l'ensemble des enjeux, les prérequis et les changements associés à une telle reconfiguration : culturels, managériaux, organisationnels, juridiques, financiers, administratifs et partenariaux. Cet ouvrage propose un tableau complet des raisons démographiques, économiques et socioculturelles de ce bouleversement. A la fois pratique et prospectif, il fournit un ensemble d'éclairages théoriques de propositions concrètes et d'analyses d'expériences utiles aux cadres, dirigeants et administrateurs de l'action sociale et médico-sociale du XXI^e siècle.

Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux [Rapport] / Haute Autorité de Santé (HAS) (Saint Denis La Plaine, FRA). - Saint Denis La Plaine [FRA] : HAS, 2014/09, 8p. [En ligne sur le site de la HAS](#)

Résumé : L'intégration vise à réduire la fragmentation des dispositifs sanitaires et sociaux, pour permettre un accès facilité aux différentes prestations sanitaires et sociales au niveau du territoire. L'enjeu de cette fiche est de définir l'intégration dans le contexte français, de situer les différents niveaux de la démarche d'intégration, d'identifier les publics pouvant en bénéficier le plus, et de proposer une stratégie à appliquer par les ARS pour la mettre en oeuvre.

[Articles, numéros spéciaux](#)

Du projet au parcours [Numéro spécial] / Bouquet, Brigitte, coord., Jaeger, Marcel, coord., Dubéchet, Patrick, coord. *in* Vie sociale, n° 18, juin 2017, 210p. [Disponible papier et sur la base 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'Île-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.

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.

Sur le chemin des parcours intégrés. Entretien avec Marie-Aline Bloch [Article] / Vayssette, Pascale; Bloch, Marie-Aline *in* RS & T Réseaux, santé & territoire, n° 64, octobre 2015, pp.20-23

Résumé : Professeure à l'EHESP, Marie-Aline Bloch compte parmi les rares personnes à mener des recherches sur la coordination des soins, l'intégration et les parcours en France. Elle est aussi membre du comité national des projets Paerpa.

Quels dispositifs pour la mise en œuvre des parcours ?

Au niveau de l'interface Ville/hôpital

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. Dossier [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.

Territorialités. Dossier [Article] / Joubert, Jérôme; Fulconis, François; Lala, Jean-Pierre; et al. *in* Revue hospitalière de France, n° 573, novembre-décembre 2016, pp.14-30

Résumé : Ce dossier aborde les questions d'offre de soins et d'accès aux soins sur un territoire de santé. Il aborde ainsi la question des groupements hospitaliers de territoire à travers l'analyse de l'offre de soins porté par les différents établissements parties au GHT. Il se penche également sur les différentes expérimentations régionales ou locales mises en œuvre autour de l'amélioration de la relation ville-hôpital ou du développement de la télémédecine.

Des exemples de réalisation

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.

Les Deux-Sèvres innovent avec un GHT ouvert aux libéraux [Article] / Desgrées du Loû, Gaëlle *in* Techniques hospitalières, n° 765, août-septembre 2017, pp.37-38

Résumé : Douze groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été créés en Nouvelle-Aquitaine. Le GHT des Deux-Sèvres, qui rassemble les quatre établissements publics du département, veut aller plus loin et appelle l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux, dont les professionnels de santé libéraux, à le rejoindre. Le projet est de transformer le GHT en groupement de santé de territoire (GST).

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.

Décloisonnement ville-hôpital : l'organisation novatrice des hôpitaux privés de Metz [Article] / Pachtchenko, Lydie *in* Techniques hospitalières, n° 749, janvier-février 2015, pp. 53-54

Résumé : La direction des hôpitaux privés de Metz (HPMetz) s'est fixé comme objectif stratégique de renforcer et d'optimiser les liens avec les médecins correspondants de ville. Un dispositif de gestion de projet a permis l'ouverture en mars 2014 d'un service novateur sur le site de l'hôpital Robert-Schuman : le relais ville-hôpital (RVH). Celui-ci propose une prise en charge transversale, complémentaire et réactive des patients adressés par leur médecin traitant.

Plateforme opérationnelle de sortie : Un projet novateur, fluidifiant et sécurisant la sortie qui fait ses premières preuves au CHU de Nîmes [Article] / Fuz, Diane; Paniego, Audrey *in* Techniques hospitalières, n° 749, janvier-février 2015, pp. 55-56

Résumé : La plateforme opérationnelle de sortie (POS) du CHU de Nîmes a pour objectif de passer d'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours, en limitant les durées moyennes de séjour anormalement élevées dans certaines disciplines. Il s'agit de l'un des premiers services pluridisciplinaires qui travaille à la fois sur la sortie des patients, le lien avec la médecine de ville et le suivi des patients fragiles au domicile.

Au niveau des parcours complexes : Où l'on parle de Plateforme territoriale d'appui

Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : Mise en oeuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Baud, Céline; Lehericey, Hélène; Xerri, Jean-Guilhem; Ptakhine, Elsa. - Paris [FRA] : ANAP, 2018/04. - 56p. [En ligne sur Calameo](#)

Résumé : Pour répondre aux défis de la coordination des parcours et des prises en charge, différentes modalités d'appui aux professionnels de premier recours se sont développées. Parmi celles-ci, figurent les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, structurés autour d'une Plateforme territoriale d'appui (PTA). Le présent document, à vocation opérationnelle, aborde la mise en oeuvre des missions et de l'organisation de ces dispositifs d'appui à la coordination de type PTA, en proposant des solutions organisationnelles. Il traite, à partir des enseignements issus du retour d'expériences des cinq projets TSN, des sujets-clés et des points de vigilance à prendre en considération pour le fonctionnement efficient d'un tel dispositif. Le présent tome est à mettre en lien avec les autres productions issues du retour d'expériences des projets TSN, et particulièrement le Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes.

Les plateformes territoriales d'appui veulent rendre simples les parcours complexes [Article] / Martin, Laure *in* Gazette santé social, n° 146, décembre 2017, pp.32-34

Résumé : Pour mettre un terme au maquis de structures pour la prise en charge de patients complexes, la loi de modernisation de notre système de santé a créé les plateformes territoriales d'appui. Leur mise en place répond à une logique de territoire en fonction des attentes des professionnels mais la création d'un numéro unique et le partage des informations via des systèmes d'échange de données sont incontournables. Dans de nombreuses régions, ce sont les réseaux de territoire qui ont progressivement évolués pour devenir des PTA, et cela bien avant la loi de santé.

Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Baud, Céline; Ptakhine, Elsa; Xerri, Jean-Guilhem. - Paris [FRA] : ANAP, 2017/09. - 50p. [cote QE51/0024 Disponible papier et sur le site Calameo](#)

Résumé : Ce document, qui s'adresse principalement aux acteurs de la coordination sur les territoires, est une aide à la construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes. Il traite, à partir des retours d'expériences des cinq projets Territoire de soins numérique (TSN), des sujets clés, des points de vigilance et des questions à se poser pour construire un dispositif d'appui à la coordination de type Plateforme territoriale d'appui (PTA). Pour rappel, Territoire de soins numérique (TSN) est un programme doté d'un budget de 80 millions d'euros dans le cadre du PIA (Programme d'investissement d'avenir) sur la période 2014-2017. Il a pour objectifs de faire émerger dans des territoires pilotes, avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, des organisations innovantes de prises en charge des patients appuyées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients. Ces organisations ont pour objet d'améliorer la coordination des prises en charge. Par ailleurs, TSN est un laboratoire pour tester le modèle de plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé (art.74 de la loi de modernisation du système de santé) et déterminer les outils numériques qui peuvent contribuer à son développement.

Réseaux : Plateforme territoriale d'appui, quels atouts? [Article] / Mick, Gérard; Avril, Carole; Bérard, Alain; Yonnet-Salvator, Evelyne *in* Revue Territoire & santé (La), n° 9, mai-juin 2017, pp.6-10

Résumé : Soumis à des injonctions paradoxales depuis leur inscription dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, les réseaux sont aujourd'hui sollicités pour leur expertise en matière de coordination des soins et d'interdisciplinarité des prises en charge. Ils ont notamment intégré, aux côtés d'autres acteurs, les plateformes territoriales d'appui (PTA), prévues par l'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et présentées comme le nouveau dispositif de coordination des parcours de santé complexes. Les PTA représentent-elles un nouveau souffle pour les réseaux de santé, ou ne seront-elles qu'une pièce de plus dans un puzzle qui en compte déjà trop? Un débat a été organisé le 9 mai 2017 sur le sujet.

Au niveau des maladies chroniques

Etudes générales

Optimiser la coordination au bénéfice des patients chroniques [Article] / Holué, Catherine *in* Techniques hospitalières, n° 756, mars-avril 2016, pp.55-56

Résumé : La mise en oeuvre des parcours de santé des patients chroniques demeure un vaste chantier en France et un défi en termes de santé publique. Si des initiatives locales, hospitalières ou libérales font figure d'exemple, leur généralisation se heurte à des freins liés au financement, à l'évaluation et à l'organisation.

Télémédecine et parcours de soins [Article] / Simon, Pierre *in* Revue hospitalière de France, n° 566, septembre-octobre 2015, pp.14-20

Résumé : Cet article se réfère à ce que la Haute Autorité de Santé (HAS) écrivait sur le parcours de soins en 2012. Il analyse successivement la place du médecin traitant dans le parcours de soins d'une maladie chronique, l'apport de la télémédecine pour les différents acteurs professionnels médicaux et non médicaux qui interviennent dans ce parcours, ainsi que l'apport de la télémédecine pour les patients pris en charge. Il apporte, enfin, des exemples de parcours de soins bénéficiant de la télémédecine.

Des exemples de réalisation

Cardiauvergne : Suivi et coordination de l'insuffisance cardiaque par télémédecine [Article] / Boiteux, Marie-Claire *in* Revue hospitalière de France, n° 575, mars-avril 2017, pp.20-24 *et aussi in* Techniques hospitalières, n° 758, juillet-août 2016, pp.7-12

Résumé : Après 65 ans, l'insuffisance cardiaque chronique représente, toutes pathologies confondues, la première cause d'hospitalisation en France. Pourquoi cette incidence et prévalence en forte croissance? Le vieillissement de la population ainsi que les progrès obtenus dans le traitement des événements coronaires aigus graves l'expliquent. Le groupement de coopération sanitaire Cardiauvergne assure depuis 2011 le suivi et la coordination de l'insuffisance cardiaque par télémédecine. Avec plus de 1 200 patients déjà inclus, ce dispositif ville-hôpital s'appuie sur l'ensemble des professionnels de santé de proximité. Une étude médico-économique montre son efficacité.

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.

Au niveau du handicap

Etudes générales

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 l'ANESM](#)

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.

Quand les parcours font leur chemin... [Article] / Dihl, Marjolaine *in* TSA - Travail social actualités, n° 77, novembre 2016, pp.15-22

Résumé : Depuis "l'affaire Amélie" en 2013 et le scandale de "l'exil" des enfants handicapés, la notion de parcours de l'usager commence à s'imposer. Ce dossier revient sur les initiatives qui se sont multipliées ces dernières années pour décroiser les différents acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social et met en lumière les évolutions des métiers avec notamment le développement des fonctions de coordination. Il s'interroge également sur la notion de parcours et propose trois éclairages spécifiques sur des expériences françaises et étrangères : le rôle des équipes relais handicaps rares (ERHR) qui quadrillent le territoire métropolitain depuis janvier 2015, l'adoption par l'association Diapasom de la logique de file active pour favoriser les prises en charge à la carte de personnes sourdes, l'approche scientifique du médico-social au Québec.

La démarche «Une réponse accompagnée pour tous»

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 de la documentation française](#)

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

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

Jeunes en difficulté psychologique : Les ITEP, fers de lance de la coordination des parcours [Article] / Sédrati-Dinet, Caroline *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 2956, du 15 avril au 21 avril 2016, pp.22-25

Résumé : Adoptée en décembre 2015, la loi "santé" donne une base légale au "dispositif ITEP". Expérimentée depuis 2013, cette approche désormais consensuelle permet de fluidifier les parcours des enfants ayant des troubles du comportement, en facilitant le recours à plusieurs modalités d'accompagnement.

Des exemples de réalisation

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.

Au niveau de la périnatalité

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 ? [Diplôme] / André Poyaud, Florie; Andro Mélin, Alexandra; Brunet De La Charie, Gabrielle; Giambruno, Camille; Grienenberger, Sophie; Herault, Augustin; Jaffard, Ophélie; Queyroy, Pauline; Rispal, Evelyne; Vivier, Marion; Ziegler, Lara; Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) (Rennes, FRA). – 2017.- MIP17/ (Mémoire EHESP - module interprofessionnel de santé publique). - 28+XXVp cote MIP17/0006 [Disponible papier et en ligne sur le site de l'EHESP](#)

Résumé : L'analyse de la satisfaction des professionnels parties au réseau SOLIPAM implique de mieux en comprendre les missions et le fonctionnement. Ce réseau périnatal, 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-Savahm collaborent avec des réseaux de périnatalité.

Suivi de grossesse et organisation des acteurs. Retour d'expériences et enseignements [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Arnaud, Alain; Valon-Szöts, Leslie. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/06. - 80p. [cote FA40/0082](#) Disponible papier et sur le site Calameo

Résumé : En matière de périnatalité, l'INSERM indique que «la France est bien placée en Europe mais ne se trouve jamais parmi les cinq meilleurs pays de l'Union européenne», ce propos étant nuancé par le fait que le taux de mortalité est en 2010 le plus élevé d'Europe (rapport Euro-Peristat données 2010). Les travaux conduits par l'INSERM ont mis en évidence des résultats périnataux péjorés en fonction de certaines caractéristiques populationnelles (âge des femmes, origine géographique et nationalité, situations de précarité, niveau d'études, etc.). Cette publication s'intéresse à l'organisation mise en œuvre par les acteurs sur leur territoire pour prendre en charge le suivi de grossesse. Elle montre comment les facteurs de risques populationnels identifiés par l'INSERM sont pris en compte au niveau organisationnel, partant de l'hypothèse que les résultats périnataux sont liés au déroulement de la grossesse dans son ensemble, et pas seulement à la période autour de l'accouchement. Ce projet s'est appuyé sur cinq monographies réalisées sur plusieurs territoires : Havre, Vexin, Saint-Denis-Plaine-Commune, Briey en Meurthe-et-Moselle, bassin houiller autour de Forbach. Cinq grandes catégories d'enseignements ont pu être tirées à partir de monographies réalisées sur les territoires :-Caractériser la population périnatale -Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes -Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité -Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge -Établir des liens solides sur le territoire pour limiter les «ruptures» de parcours.

Coopérer en anté et postnatal [Numéro] / 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.

[Au niveau de la santé mentale](#)

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.

Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale : Méthodes et outils pour les territoires [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Martinez, Corinne; Prault, Elise; Servant, Benoît. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/12. - 40p. [cote FR21/0495](#) Disponible en 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...

Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : Première approche [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Poisson, Marie-Aude; Tajahmady, Ayden; Valon, Leslie; et al.. - Paris [FRA] : ANAP, 2015/08. - 21p. [cote FR21/0471 Disponible en papier et sur le site calameo](#)

Résumé : La notion de «parcours en psychiatrie et santé mentale» est récente et elle est peu encore usitée. L'ANAP a voulu mettre en exergue cette dimension du «prendre soin» et proposer une démarche visant à améliorer les parcours des personnes diagnostiquées avec des troubles psychiques. Cette publication présente les enseignements d'un travail mené depuis 2013 avec 3 agences régionales de santé pilotes (Auvergne, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais), travail qui a permis de mettre en évidence 8 points-clés pour aborder les parcours en psychiatrie-santé mentale ainsi que quatre principales voies de progrès.

Au niveau du retour à domicile : Où l'on parle du PRADO

Prado : pour plus de coordination et moins d'hospitalisations [Article] / Vayssette, Pascale *in* RS & T Réseaux, santé & territoire, n° 64, octobre 2015, pp.26-33

Résumé : Le premier programme Prado (programme de retour à domicile) de l'assurance maladie a commencé à être expérimenté en 2010 pour les retours au domicile après un accouchement par voie basse, sans complications. Depuis, le dispositif a été élargi à d'autres situations (chirurgie orthopédique, insuffisance cardiaque, etc.). Il est même testé dans une approche populationnelle (les plus de 75 ans) sur deux territoires dans le cadre de projets pilotes des parcours de personnes âgées en perte d'autonomie (Paerpa). Sur la base des prévisions de la Cnamts, plus de 678 000 patients pourraient être accompagnés par un Prado en 2018, dont 450 000 pour le seul volet maternité et 85 000 pour les suites d'opérations orthopédiques.

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 : S'inscrivant dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, le programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (Prado) 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. D'abord initié sur les sorties de maternité, le programme a 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.

Sorties d'hospitalisation : des outils et des actions pour éviter les ruptures [Article] / Vayssette, Pascale *in* RS & T Réseaux, santé & territoire, n° 63, septembre 2015, pp.10-17

Résumé : Les professionnels de santé exerçant en ville sont en demande d'informations sur ce qui s'est déroulé lors de l'hospitalisation d'un de leurs patients pour assurer la continuité des soins et éviter les ruptures de prise en charge. Un souci partagé par les équipes hospitalières. Différents outils se mettent en place dans les

établissements de santé et plusieurs expérimentations sont en cours et abordent ce volet spécifique de la sortie d'hospitalisation.

Au niveau du vieillissement

Etudes générales

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.

La coopération dans les réseaux de santé en gérontologie. Un éclairage simonien [Article] / Bertezene, Sandra; Dubrion, Benjamin *in* La Revue des Sciences de Gestion, n° 283, 2017/1, p. 73-84. [En ligne sur Cairn](#)

Résumé : En France, les réseaux de santé se sont rapidement développés mais leur bilan est très contrasté. Appliqué au cas des réseaux de santé en gérontologie, l'objet de cet article est de questionner les limites que rencontrent dans leur fonctionnement les réseaux de santé en matière de coordination de leurs membres. À partir de l'étude de sept réseaux gérontologiques, nous montrons que trois grands domaines posent question : l'insuffisance de pouvoir de direction et dans certains cas de légitimité des coordonnateurs de réseau, des problèmes de communication au sein du réseau, et des problèmes de participation de certains acteurs. Ces problèmes sont éclairés et discutés à la lumière des travaux de H. Simon centrés sur la coopération intra-organisationnelle. Ce cadre théorique offre des éléments de réflexion alimentant certaines voies d'atténuation des problèmes repérés.

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler [Rapport] / Cour des Comptes (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Cour des comptes, 2016/07. - 198p. [Disponible sur le site de la Cour des comptes](#)

Résumé : La Cour souligne que l'offre de services destinée au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est peu lisible du fait de la multiplicité des intervenants. Les prises en charge proposées restent souvent fragmentaires et ne permettent pas un accompagnement suffisant des personnes. Ainsi, les trois dispositifs – réseaux gérontologiques, MAIA et PAERPA -, qui visent tous à coordonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, et à promouvoir le parcours de soins des personnes âgées ont été développés sans aucune liaison et avec des modes de gouvernance et de financement différents. Pour mieux guider les personnes âgées et leur famille, la Cour recommande de simplifier ces dispositifs de coordination et de développer une fonction d'orientation qui, de l'information à la mise en place et au suivi des aides, puisse s'adapter aux besoins de chacun et avant tout à son degré de dépendance. Il est en outre nécessaire de développer et de généraliser les instruments de partage des informations qui sont nécessaires à une prise en charge performante (répertoire opérationnel des ressources, outil partagé d'évaluation de la situation des personnes, système de communication entre les acteurs et les structures, etc.).

Approche territoriale : filières de soins. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Veyron, Jacques-Henri. - Paris [FRA] : ANAP, 2015/12. - 33p. [cote FD30/0041](#) [Disponible papier et sur le site Calameo](#)

Résumé : L'interdépendance des acteurs, la complexité croissante des prises en charge et l'émergence de nouveaux acteurs (dispositifs spécifiques, dispositifs de coordination...) rendent difficile la compréhension de l'offre de soins pour les personnes âgées sur un territoire. Lancé en 2013, le projet «Filières de soins» propose de contribuer aux nouveaux modes de prise en charge (PRADO, PAPA, PAERPA, MAIA...) en apportant des réponses concrètes et pratiques aux dysfonctionnements existants dans les territoires. Ce document présente la méthode «filières de soins» et les grands enseignements de l'enquête menée sur les territoires de Strasbourg, du Nord-Ouest Val d'Oise et du Nord-Essonne entre septembre 2013 et janvier 2014. Les résultats de l'enquête éclairent les principales thématiques de l'organisation d'une approche gérontologique dans un territoire : la personne âgée

et son parcours, la contribution des professionnels, la lisibilité de l'offre, la coordination et les échanges d'information.

CLIC

Coordination des parcours : Les CLIC, vers un changement de paradigme [Article] / Paquet, Michel *in* ASH, n° 3024, du 8 septembre au 14 septembre 2017, pp.24-27

Résumé : En dépit de leur cahier des charges national, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ont évolué en ordre dispersé depuis leur création en 2001. L'état des lieux national des CLIC, réalisé par l'ANC.CLIC présenté en juin 2017, renvoie l'image d'un dispositif sans pilotage et victime d'inégalités, mais qui s'adapte aux transformations des politiques sanitaires et sociales. Pourtant, une nouvelle génération de CLIC apparaît, portée par le développement des logiques de parcours de santé. Certains d'entre eux se sont inscrits dans les dynamiques de parcours, de coordination et d'intégration incarnées par les programmes PAERPA, expérimentés depuis 2013, et les "plateformes territoriales d'appui", lancées en 2016 pour favoriser la coordination des parcours de santé complexes.

PAERPA

Une coopération au service du parcours des personnes âgées [Article] / Prault, 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 [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Pruvot, Axelle; Pichereau, Pauline; Prault, Elise; Lussier, Marie-Dominique. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/09. - 30p. [cote FD30/0044 Disponible papier et 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 [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Battaglia, Eva; Duchange, Emilie; Lussier, Marie-Dominique; Proult, Elise. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/06. - 36p. [cote FD30/0043 Disponible papier et 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. Des clés de lecture et des précautions d'utilisation sont également proposées.

Organiser la gouvernance d'un projet Parcours. Retour d'expériences des territoires PAERPA [Ouvrage] / 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 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

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.

Des exemples de réalisation

Parcours de soins en phase aiguë de la personne âgée en Ehpad : L'expérience de la région Grand Est [Article] / Sulter, Brice; Lafrogne, Véronique; Lacour, Martine; et al. *in* Gestions hospitalières, n° 571, décembre 2017, pp.619-628

Résumé : Dans un contexte de réorganisation de l'offre de soins qui a impacté tous les segments hospitaliers, une mission de modernisation de l'offre de soins en Moselle-Est (Mismoe) a été mise en place en janvier 2012 par l'agence régionale de santé pour réfléchir au parcours de la personne âgée. La loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a éclairé la réflexion du groupe de recherche, notamment sur l'aspect «adaptation des politiques publiques», qui s'est ainsi centré sur la personne âgée résidant en Ehpad et a choisi de formaliser une modélisation du parcours de soins en phase aiguë afin qu'il puisse être transposable. Démonstration en trois temps.

Le parcours Medisis : Six actions pour remédier à un problème de santé publique [Article] / Schneider, Pauline; Cerejo, Marie; Azzi, Julien; Dufay, Edith *in* Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé n° 766 (octobre 2017). - pp.6-7

Résumé : Au cours d'une hospitalisation, la prise en charge des patients âgés évolue. Lors de leur retour à domicile, ils peuvent être perdus ou ne pas avoir été assez informés. Ces situations sont à haut risque d'événements indésirables graves liés au médicament donc de réhospitalisations évitables. Le centre hospitalier de Lunéville a mis en oeuvre le parcours Medisis afin de sécuriser le retour à domicile de ces patients grâce à six actions : conciliation médicamenteuse à l'admission, repérage du risque, évaluation clinique pharmaceutique et gériatrique, livret personnalisé de sortie, conciliation médicamenteuse à la sortie et accompagnement thérapeutique. Une innovation récompensée en 2015 par le prix Vidal Hôpital.

[Les modes d'exercice coordonnés](#)

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé et Equipe soins primaires

Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France. Guide pratique [Ouvrage] / Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (Paris, FRA). - ARS Ile-de-France, 2017/10. - 82p. [Disponible sur le site de l'ARS Ile-de-France](#)

Résumé : Depuis 2010, l'exercice collectif et coordonné sous différentes formes (maisons et centres de santé pluriprofessionnels, cabinets de groupe), a mobilisé les professionnels de ville et attiré à nouveau de jeunes professionnels vers l'exercice ambulatoire ; une impulsion supplémentaire à l'organisation des soins de ville a été donnée en 2016 par la Loi de Modernisation de notre système de santé créant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les CPTS. Sous le vocable de CPTS, peuvent se retrouver souvent plusieurs unités de santé de premier et second recours, organisées soit en équipes de soins primaires soit en maisons ou centres de santé, soit encore en cabinets mono professionnels. Equipes regroupant des soignants médicaux et para médicaux libéraux ou salariés, parfois exerçant leur activité en individuel et reliés entre eux par un projet de santé commun. Toutes ces équipes accueillent des professionnels du second recours qu'ils soient libéraux ou hospitaliers et des professionnels du champ médicosocial, voire social. Ce guide a l'ambition d'être un appui méthodologique à même d'aider les équipes qui souhaitent se constituer en CPTS. Après une description du cadre du CPTS, il

propose des outils d'aide à la construction du CPTS, sous la forme de fiches techniques, pour passer de la réflexion à la phase opérationnelle et répondre aux questions qui pourront se poser lors de sa construction.

Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé [Article] / Apollis, Benoît *in* Revue Droit et santé, HS 2016, septembre 2016, pp.65-72

Résumé : La loi de santé du 26 janvier 2016 procède à une réforme de la territorialisation des politiques de santé en prônant la structuration de parcours censés réduire la parcellisation excessive de l'offre de soins et faciliter ainsi la continuité des prises en charge. L'objectif est clair mais reste à savoir si les moyens de l'atteindre seront suffisamment opérants. En effet, si la réforme des territoires de santé, issus des dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST), peut se réclamer de sérieux arguments (I), celle tendant à l'instauration de parcours de santé apparaît encore inaboutie au regard du volontarisme affiché du Gouvernement à ce propos (II).

Les communautés professionnelles territoriales de santé [Article] / Jaffre, Didier *in* Objectif soins & management, n° 245, avril 2016, pp. 29-31

Résumé : La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé introduit une nouvelle notion : la communauté professionnelle territoriale de santé. Constituer une telle communauté n'est pas une obligation mais relève de l'initiative des professionnels de santé situés sur un même territoire.

Centres et Maisons 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.

Monter et faire vivre une maison de santé [Ouvrage] / De Haas, Pierre. - 2ème édition. - Brignais [FRA] : Le Coudrier, 2015. - 188p. [cote BR10/0167](#)

Résumé : Mode d'exercice attrayant pour les libéraux, les maisons de santé pallient les difficultés d'accès aux soins dans les zones où les soignants se raréfient, tout en permettant d'améliorer la continuité et la qualité des soins en ambulatoire. Pour autant, mener à bien de tels projets se révèle complexe. Dans cet ouvrage, l'auteur décortique le mécanisme de la construction d'une maison de santé à partir de quatre expériences récentes. Après une présentation des parties prenantes, il détaille les six briques porteuses de l'édifice : approche territoriale, dynamique d'équipe, montage juridique, financement, immobilier, projet de santé et projet professionnel. Il développe ensuite toutes les facettes du fonctionnement de la structure et trace les perspectives de ce mode d'exercice.

La Maison Dispersée de Santé à Lille : un projet de santé aux multiples facettes [Article] *in* Revue Prescrire, vol. 38, n°414, avril 2018, pp. 300-302

Résumé : Des professionnels de santé en exercice libéral du quartier Moulins à Lille se sont associés dans une «Maison dispersée de Santé », tout en continuant leurs activités sur leurs différents sites. Elle leur permet d'améliorer le service rendu aux patients mais aussi de mieux collaborer avec diverses structures : hôpital, université, secteur social, réseaux de santé.

Quels outils pour la coordination ?

Les systèmes d'information et le territoire de soins numérique

Système d'information et GHT. Une chance pour les parcours de soins? [Article] / Delplanque, Sylvie *in* Revue hospitalière de France, n° 574, janvier-février 2017, pp.20-24

Résumé : Le groupement hospitalier de territoire est un acteur de la prise en charge globale, structurée et continue des patients. Son système d'information est appelé à répondre aux besoins de communication et d'échange au sein du groupement mais aussi avec l'ensemble des acteurs du territoire de santé : médecine de ville, structures médico-sociales et sociales... Au regard des textes existants et du programme "Territoire de soins numérique", la mise en oeuvre d'une plateforme d'échange et de partage de données intra et inter GHT apparaît donc opportune et permettra d'informatiser non plus la production de soins mais un parcours de soins.

Système d'information territorial pour le parcours et la coordination : Tome 1-Schéma général [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Beauchamp, Yves; Ptakhine, Elsa; Xerri, Jean-Guilhem. - Paris [FRA] : ANAP, 2016/11. - 32p. [cote QE51/0020](#)
[Disponible papier et sur le site Calameo](#)

Résumé : Ce document présente le schéma général d'un système d'information territorial au service du parcours patient et de la coordination des prises en charge. Cette modélisation découle principalement de l'observation et de l'analyse du programme Territoire de soins numérique (TSN) et intègre les travaux menés dans le programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) pour la construction d'outils numériques. Le système d'information dont on représente ici le schéma fonctionnel a une dimension territoriale et régionale. Il concerne une grande variété de situations et de cas d'usage, les activités de coordination étant comprises dans une acception très large et intéressant potentiellement toutes les catégories d'usagers et de professionnels, pouvant aller jusqu'à l'approche polyvalente multi-population, multi-pathologie.

Le partage d'information et le dossier médical partagé

Le partage d'informations entre professionnels [Article] / Vincent, Lola *in* TSA - Travail social actualités, n° 87, novembre 2017, pp.34-39

Résumé : Afin d'éviter les ruptures de parcours et de faciliter la coordination des soins, la loi santé du 26 janvier 2016 a ouvert la possibilité aux professionnels de santé et à ceux du secteur social et médico-social d'échanger des informations relatives à une même personne prise en charge. Cette dérogation au secret professionnel est strictement encadrée. Ce dossier juridique revient sur ce nouveau cadre juridique et fait le point sur les professionnels concernés, les modalités de partage, les informations préalables à délivrer à la personne prise en charge et l'hébergement des données.

Psychiatrie de ville et coordination des soins [Article] / Laboutière, Jean-Jacques *in* L'Information psychiatrique, vol. 93, n° 9, novembre 2017, pp. 746-753 [Disponible papier et Base John Libbey Eurotext](#)

Résumé : La coordination des soins en médecine libérale fait l'objet d'une attention particulière de la part de nos organismes de tutelle comme en témoigne la loi du 13 août 2004 qui a instauré le parcours de soins et le dossier médical partagé. Il est régulièrement reproché aux psychiatres exerçant en cabinet de ne pas s'y impliquer suffisamment. Cette difficulté tient d'abord à une divergence quant à la théorisation de la qualité des soins entre la psychiatrie et la médecine somatique qui est trop négligée alors qu'elle doit impérativement être prise en compte pour parvenir à construire une authentique coordination des soins. Les travaux conduits à propos de la mise en place du dossier médical partagé permettent de mieux cerner comment cette coordination pourrait alors concrètement se mettre en place. En revanche, le parcours de soins non seulement nie la conception de la qualité des soins propre à la psychiatrie mais encore suppose que les psychiatres adoptent la conception de la qualité promue en médecine somatique ; il s'avère donc contre-productif en psychiatrie libérale.

Loi "santé". Les outils de coordination des soins en faveur des usagers [Article] *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3026, du 22 septembre au 28 septembre 2017, pp.33-39

Résumé : La loi du 26 janvier de modernisation de notre système de santé comporte des mesures visant à garantir la proximité des soins autour du médecin traitant et des équipes de soins. Dossier médical partagé, lettre de liaison, équipe de soins... Le point sur les nouveaux mécanismes de coordination pour un meilleur accès à la santé.

Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient [Article] / Morlet-Haïdara, Lydia *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 6, novembre-décembre 2016, pp.1103-1115 [Disponible papier et sur la base Dalloz](#)

Résumé : La nouvelle loi santé fait évoluer le concept d'équipe de soins, et par là même, les modalités de partage des informations du patient. Désormais, ce n'est plus l'enceinte de l'entité prise en charge qui constitue les frontières médicales ; c'est bien plutôt le nouveau périmètre de l'équipe de soins qui permet l'intégration de professionnels du secteur médico-social et social. Le décret d'application précisant la liste des acteurs concernés n'est pas sans poser certaines difficultés. La présente étude expose les mutations de l'équipe de soins, les enjeux en termes de respect du secret médical et propose une confrontation de la notion avec les autres concepts de prise en charge collective du patient.

Le secret partagé [Article] / Vialla, François *in* Revue Droit et santé, HS 2016, septembre 2016, pp.52-64

Résumé : La loi de santé du 26 janvier 2016 marque une évolution importante concernant le partage de l'information entre professionnels. L'article L.1110-4 du Code de la santé publique réalise en effet un réel décloisonnement de l'approche de la question du secret et du secret partagé entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence [Article] / Chauvot, Guillaume; Ranchou, Boris *in* Revue de gériatrie (la), tome 43, n°1, janvier 2018, pp.13-19

Résumé : Cet article revient sur la création d'un outil de liaison gériatrique d'urgence entre soins primaires et milieu hospitalier, sous la forme d'un courrier standardisé. Il s'agissait d'une part de définir une liste consensuelle synthétique des informations nécessaires à la bonne continuité des soins des patients de plus de 75 ans et adaptées à l'urgence. Et d'autre part de réfléchir sur le support idéal d'un tel outil.

Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant [Article] / Bansard, Mathieu; Clanet, Romain; Raginel, Thibaut *in* Santé publique, vol. 29, n° 1, janvier-février 2017, pp.57-70 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

Résumé: Le lien ville-hôpital est une faiblesse de notre système de santé. Les documents de sortie d'hospitalisation, éléments-clés pour la sécurité et l'efficacité des soins, sont pourtant peu codifiés. L'objectif de ce travail était d'élaborer un modèle standardisé et raisonné de la lettre de liaison (LL) et du compte-rendu d'hospitalisation (CRH) en portant un soin particulier aux attentes des médecins généralistes ambulatoires (MG).

Accès au dossier patient. A domicile comme à l'hôpital ! [Article] / De Block, Michaël *in* Revue hospitalière de France, n° 576, mai-juin 2017, p.27

Résumé : L'avenir de l'hôpital est hors de l'hôpital. Dans l'Aube, les travaux menés dans le cadre du plan Territoire de soins numérique (TSN) et de la mise en oeuvre des GHT illustrent cet aphorisme. Les hospitaliers considèrent le parcours de soins dans sa globalité et travaillent davantage avec les partenaires de ville. Ainsi, une expérience pilote, débutée en 2015, permet aux infirmières exerçant en HAD et en SSIAD de consulter et de renseigner le dossier patient informatisé de l'hôpital.

Un Ehpad prêt pour le déploiement du DMP [Article] / Descamps, Aurélia *in* Directions- (Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social), n° 142, mai 2016, pp.12-14

Résumé : L'établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Secondigny a mis en place le dossier médical personnel (DMP) de ses résidents. L'ambition? Améliorer leur prise en charge en cas d'hospitalisation. Un projet qu'il reste encore à partager avec tous les acteurs de santé du territoire.

Le financement et les modes de paiement de la coordination

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.

Réformer la tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées et faciliter leur parcours [Article] / Deveau, Annick *in* Vie sociale, n° 18, juin 2017, pp.57-65

Résumé : En 2014, la France s'est engagée dans une réforme de la tarification des ESMS visant à une plus grande équité et facilitant les parcours. Pour cela, un projet, intitulé "Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements au parcours des personnes handicapées" (SERAFIN-PH) a été élaboré. Il est copiloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS-ministère des Affaires sociales) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le présent article revient sur les principes qui guident le projet et sur son état d'avancement. Il contribue à montrer que la détermination d'un modèle tarifaire impose des choix fondés sur des orientations politiques et stratégiques.

Serafin-PH : une rationalisation attendue ou redoutée [Article] / Bousquet, Fabrice; Loubat, Jean-René; Drouet, Roger *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3001, du 10 mars au 16 mars 2017, pp.32-35

Résumé : Faut-il s'inquiéter du projet "Serafin-PH" (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées)? Non, affirment Fabrice Bousquet, directeur de plateforme d'établissements, et Jean-René Loubat, psychosociologue, qui y voient un challenge pour les acteurs sociaux. Oui, répond au contraire Roger Drouet, président du MAIS, qui craint l'instauration d'une gouvernance par les normes.

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

D'une logique de places à une logique de solutions : entretien avec Annick Deveau [Article] / Gilliotte, Noémie; Deveau, Annick, interv. *in* Directions, n° 145, septembre 2016, pp. 18-20

Résumé : Proposer un nouveau modèle tarifaire des structures pour personnes handicapées. C'est la mission, de longue haleine, du projet Serafin-PH, dirigé par le Dr Annick Deveau. Elle revient sur ses objectifs et les étapes à franchir afin de mettre en place une allocation des ressources plus équitable et facilitant les parcours.

Quels impacts sur les métiers?

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 coeur de leur projet, tels sont les objectifs de la fonction de "référént 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'immisce 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 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 efficients.

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.

Former des coordinateurs d'équipes de soins primaires : Analyse d'un dispositif innovant [Diplôme] / Caroff Karson, Frédérique; Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) (Rennes, FRA). - 2016. - 118p. (Master EHESP Pilotage des politiques et des actions en santé publique - PPASP) [cote PPASP16/0011](#) [Disponible papier et en texte intégral sur le site documentation Ehesp](#)

Résumé : La fonction de coordination exercée souvent par le leader du projet de la MSP de façon informelle nécessite aujourd'hui une professionnalisation. Elle s'exerce dans une structure où il n'existe pas de relations hiérarchiques entre les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux. Et pourtant, en l'absence de référentiels et de formations, les coordonnateurs profanes perdent du temps, de l'efficacité dans l'apprentissage et la pratique de cette fonction. Aujourd'hui, la professionnalisation de la fonction de coordination est encouragée au bénéfice d'une reconnaissance financière, par une volonté politique de développer la coordination dans les MSP et par une demande émanant des professionnels de santé exerçant dans les regroupements d'exercice coordonné. Pour être efficiente et performante, l'exercice de la fonction de coordination exige d'acquérir des connaissances et des compétences de gestion et de pilotage de projet de santé entre autres. La formation «Animateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires» pilotée par l'EHESP et en partenariat avec l'HAS, les ARS, l'ASIP, les fédérations des professionnels de santé a pour but de répondre à ces objectifs. La formation a la particularité de présenter une harmonisation nationale par son contenu pédagogique dispensée sur une plateforme et une animation régionale grâce à des séminaires présentiels basés sur le partage d'expériences des coordinateurs dans six régions françaises pilotes. L'objectif de ce travail consiste à analyser ce dispositif de formation et comprendre les modalités d'appropriation des différents acteurs intervenants dans la formation.

Les nouveaux métiers de la coordination [Diplôme] / 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).

Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique [Ouvrage] / Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes (ARS) (Lyon, FRA); Martin, Christine; Penso, Annick. - Lyon [FRA] : ARS Auvergne Rhône-Alpes, 2016/09. - 70p. [Disponible sur le site de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes](#)

Résumé : Ce référentiel est un recueil structuré d'activités et de compétences. Il a pour point de départ le résultat d'une enquête réalisée auprès de professionnels, toutes catégories confondues, au sein d'établissements et de services du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées. La méthode utilisée s'appuie sur l'expérience quotidienne des acteurs face à l'évolution des publics accueillis. Le référentiel contribue à la mise en oeuvre des recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS). Il définit un socle d'activités partagées à partir de l'activité professionnelle des personnels et du vécu des usagers. Il déduit et projette des compétences interdisciplinaires pour l'accompagnement de l'utilisateur à différentes étapes de son parcours de vie.

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. Dossier [Article] / Le Boeuf, Dominique, coord.; 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.

Le coordinateur en établissement : avancée ou recul pour le secteur? [Article] / Badaire, Gilles *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 2888, décembre 2014, pp.36-37

Résumé : Un nouveau profil, celui du coordinateur, se développe dans les structures médico-sociales. Encore récent, il se déploie très diversement en fonction des problématiques et des contextes institutionnels. Tirant les

leçons des sessions de formation qu'il a animées, Gilles Badaire, psychologue et psychosociologue, responsable pédagogique de la formation continue à l'Association régionale des instituts de formation en travail social (Arifts) des Pays de la Loire, analyse les paradoxes de la fonction et en tire quelques enseignements.

Regards étrangers

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.

Réforme du système de santé : et si on regardait ailleurs [Article] / Durand de Bousingen, Denis *in* Quotidien du médecin, n° 9654, 5 avril 2018, pp. 2-3

Résumé : Ils sont nés dans les années 2000 chez nos voisins anglais et allemands ou aux Etats-Unis. Ces nouveaux modes d'organisation ont en commun de tendre des passerelles entre ville et hôpital et d'intéresser les praticiens aux résultats. Les autorités sanitaires françaises les suivent de près.

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 la BDSP](#)

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. [Disponible papier et 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

Quatre organismes créent une fédération pour la convergence des dispositifs d'appui des parcours – [Dépêche Hospimédia du 30 avril 2018](#)

Cardio : nouveau modèle de parcours de soin, mix de techno, d'éducation thérapeutique et de suivi personnalisé – [L'actu des CHU du 11 avril 2018](#)

Le financement du parcours patient est une "chimère" (Pierre-Louis Bras, Igas) – [Dépêche APM du 12 janvier 2018](#)

Agnès Buzyn conforte le projet Paerpa et son pilote national – [Dépêche Hospimédia du 5 décembre 2017](#)

Les Clic du Val-de-Marne s'ouvrent progressivement aux personnes handicapées – [Dépêche Hospimédia du 14 novembre 2017](#)

Marie-Sophie Ferreira, responsable de l'activité politique publique de santé chez Alcimed : "La mise en place des PTA bouleverse les pratiques professionnelles et nécessite du temps" – [Dépêche Hospimédia du 13 novembre 2017](#)

Sites internet et bibliographies complémentaires

[L'ANC.CLIC](#), Association Nationale des Coordinateurs et Coordinations Locales, a notamment pour objectif Promouvoir l'action menée par les professionnels et administrateurs des CLIC, des MAIA, Réseaux et tout autre service dont la mission principale vise à coordonner, intégrer, développer le travail en réseau, améliorer le parcours de santé des retraités et personnes âgées ainsi que de leur entourage, avec une vision d'accompagnement global et de proximité.

La [Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé – FFMPs](#) anime et développe un réseau de fédérations régionales des équipes de soins primaires et des maisons de santé. Elle promeut l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins de santé primaires dans tous les territoires.

[Le dossier PAERPA](#) sur le site du Ministère des solidarités et de la santé

La page du Ministère de la santé sur les parcours : [«Parcours de santé, de soins et de vie : Une approche globale au plus près des patients»](#), mise à jour le 23 novembre 2017

Le rôle du gestionnaire de cas MAIA expliqué en vidéo <http://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/le-role-du-gestionnaire-de-cas-maia-explique-en-video>

Les pages de la Haute Autorité de Santé dédiée aux Parcours : [«Mettre en œuvre les parcours»](#) et [«Coordination des soins»](#)

[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 avril 2018