

Approche théorique de l'appui à la coordination dans les parcours de santé.

PR STÉPHANIE GENTILE

**ASMA - JOURNÉE
INTERPROFESSIONNELLE
Vendredi 30 septembre 2022**



Vision parcours de soins/santé

Constats

- Défauts de coordination entre les professionnels conduisant a minima à des retards dans les prises en charge,
- Une perte de qualité (errances diagnostiques et thérapeutiques, absence d'accès aux soins...),
- Des dépenses inutiles (hospitalisations inadéquates, répétitions inutiles d'actes...)
- Fragmentation des actes et parcours, sur spécialisation médicale, nécessité d'une coordination augmentée
- Prise de risque augmentée pour inclure du patient plus fragile : temps d'hospitalisation réduits, fenêtres de décision raccourcies pour la récupération de problème ;
- L'équipe est plus sollicitée dans sa coordination
- Nouvelles organisations de soins à flux tendu, réduisant les opportunités de temps d'échange

But

- Avoir une vision globale d'un parcours de soins / santé
- Avoir une vision commune de prises en charge coordonnées et globales

Les différents parcours

Le parcours de soins comprend et décrit la prise en charge d'un patient/usager dans lequel interviennent les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire.

Le parcours de santé qui articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile

Le parcours de vie intègre les parcours de soins et de santé. Il est une réponse aux besoins de la personne dans son environnement.

Parcours complexe

- Avoir une approche globale et personnalisée qui intègre des dimensions de prévention, d'éducation thérapeutique et de prise en charge sociale et médico-sociale ainsi que l'ensemble des déterminants influençant leur vie parcours de vie (logement, éducation, emploi...)
- De nouvelles compétences s'avèrent nécessaires pour prendre en charge les parcours, allant de la coordination à l'élaboration et la mise en œuvre de réponses aux besoins multidimensionnels des personnes

Les parcours

Démarche de rationalisation de la planification et de l'articulation des pratiques médicales et soignantes, réunissant les intervenants dans une approche partagée des finalités et du déroulement de la prise en charge.

Cette approche se prête bien à des parcours de niveau de complexité modéré, relativement prévisibles dans leur déroulement,

Démarche plus compliquée pour des parcours complexes, dont le déroulement peut difficilement être prédéfini

But

- Avoir une vision globale d'un parcours de soins / santé
- Avoir une vision commune de prises en charge coordonnées et globales

Etudes menées sur le sujet

- Evaluer la consommation de soins, dans une visée typologique des trajectoires des patients
- Evaluer les effets d'une organisation respectant la logique du parcours sur la qualité des prises en charge, la satisfaction des patients et des professionnels (PREMS, PROMS)
- Analyser les dispositifs de coordination mobilisés au cours des prises en charge

Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)
Patient-Reported Experience Measures (PREMs)

Spécificité des jeunes

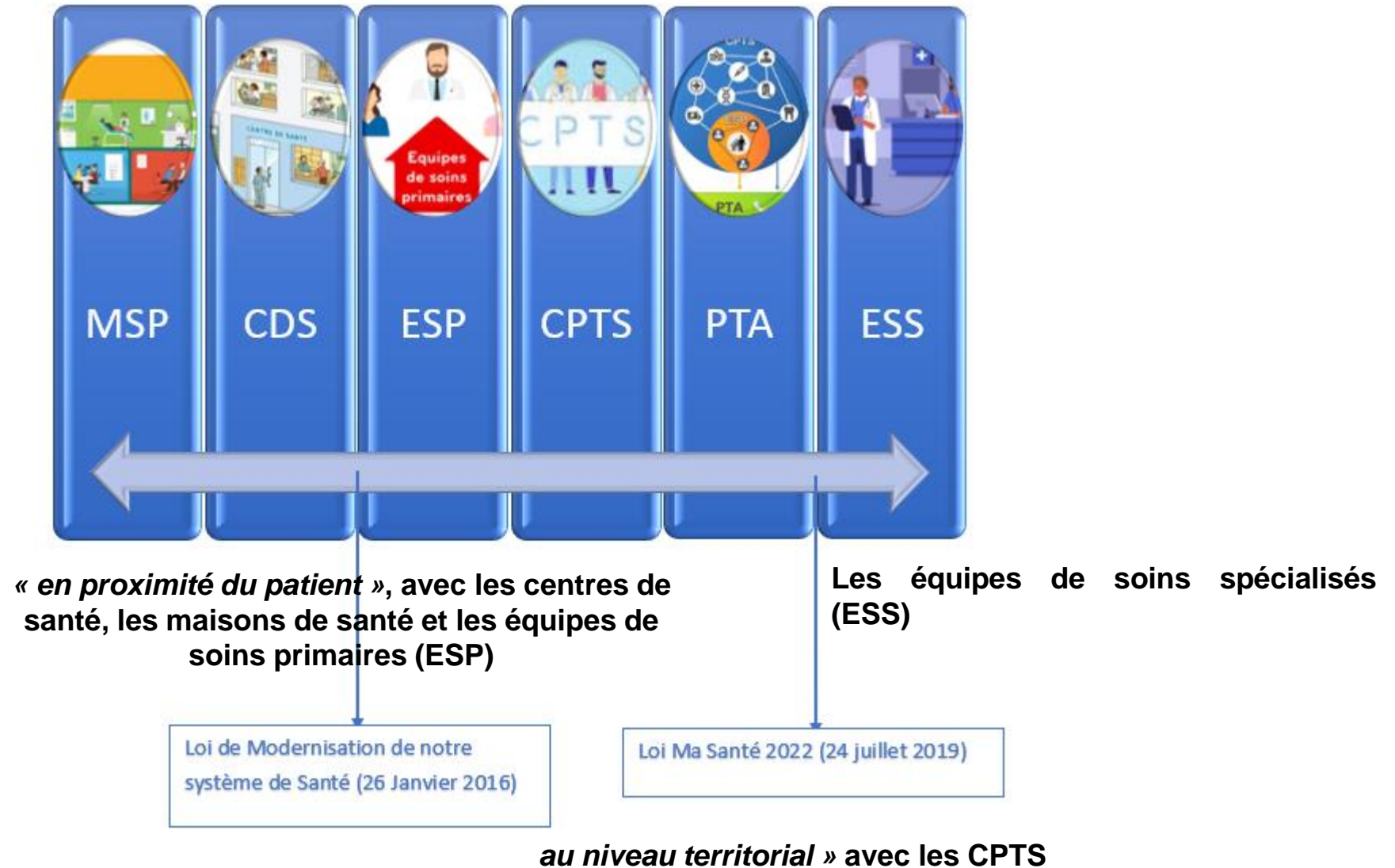
- Bifurcations des parcours et possibles ruptures
- Phase de transition (passage à l'âge adulte)
- Des besoins multiples : sanitaire, social, éducatif et scolaire, jeux, etc
- Intégration de la famille / Consentement

Nécessité d'avoir des dispositifs de coordination avec de multiples champs d'application

1. Coordination des parcours de soins ou des parcours de santé
2. Coordination entre professionnels de santé œuvrant autour d'un patient ou pour une dynamique populationnelle
3. Coordination entre la Ville et l'Hôpital
4. Coordination entre secteurs sanitaire et médico-social

Evolution de l'offre de soins

Deux niveaux d'exercice coordonné « complémentaires »



Les missions de l'appui à la coordination

1. L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire
2. L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient
 - L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations
 - L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle
 - La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile
 - L'appui à la coordination des interventions autour du patient
3. Le **soutien aux pratiques et initiatives professionnelles** en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination → diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, → diffusion de protocoles pluri-professionnels

2001-Loi de relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (**CLIC**)

2002- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (**Réseaux de santé**)

2011-Décret du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer → Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (**MAIA**)

2012-Loi de Financement de la Sécurité sociale Expérimentations

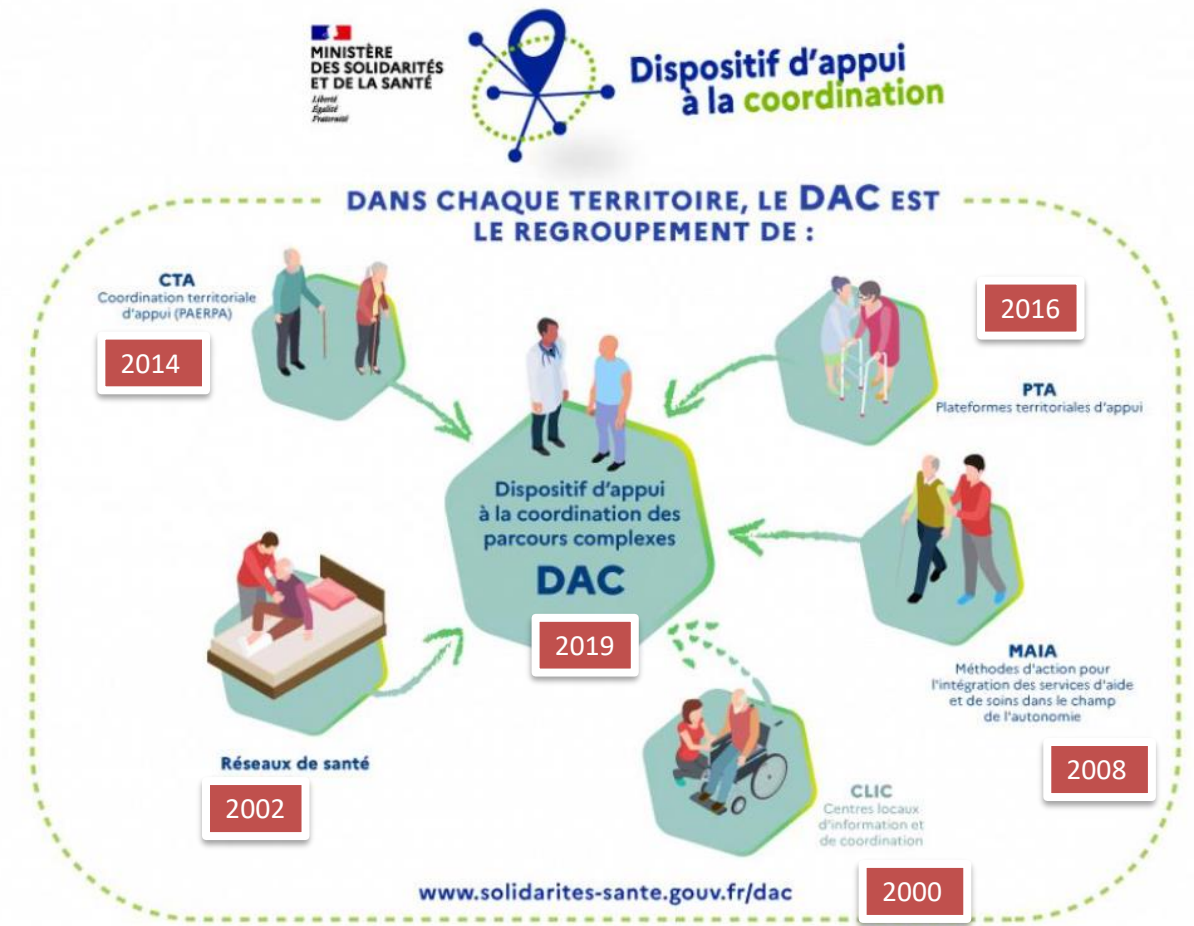
2013-Loi de Financement de la Sécurité sociale Expérimentations (**PAERPA**)

2016-Loi de modernisation de notre système de santé (**PTA**)

2017-Loi de Financement de la Sécurité sociale

2019-Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (ma santé 2022) (**DAC**)

2021- Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux



Les dispositifs d'appui à la coordination

- ont des activités d'intérêt général
- sont des dispositifs polyvalents dont les missions sont assurées en concertation avec le médecin traitant (*2004 parcours de soins coordonné*)
- ont l'obligation d'informer la personne prise en charge afin qu'elle puisse faire valoir son droit d'opposition
- participent à la **coordination territoriale des acteurs** par l'analyse des besoins et la structuration des parcours de santé complexes
- ils s'appuient sur un **système d'information unique** (E-parcours)
- sont portés par une personne morale unique par territoire
- doivent **contractualiser par la signature d'un CPOM avec les agences régionales de santé** et le cas échéant avec les conseils départementaux qui s'assurent de la cohérence leurs politiques publiques en matière de parcours de santé complexe.

Les éléments nécessaires pour une bonne coordination

1. Acteurs qui partagent des compétences : **multidisciplinarité**
2. Acteurs agissant à un même niveau de responsabilité, qui devient partagée : **subsidiarité**
3. Acteurs aux actions réparties dans le temps et l'espace : **coordination**
4. Acteurs partageant une même méthodologie de mise en oeuvre des actions pour leur objectif commun : **protocolisation**
5. Acteurs partageant des informations significantes en temps réel : **système d'information**

Travail en équipe gage de sécurité

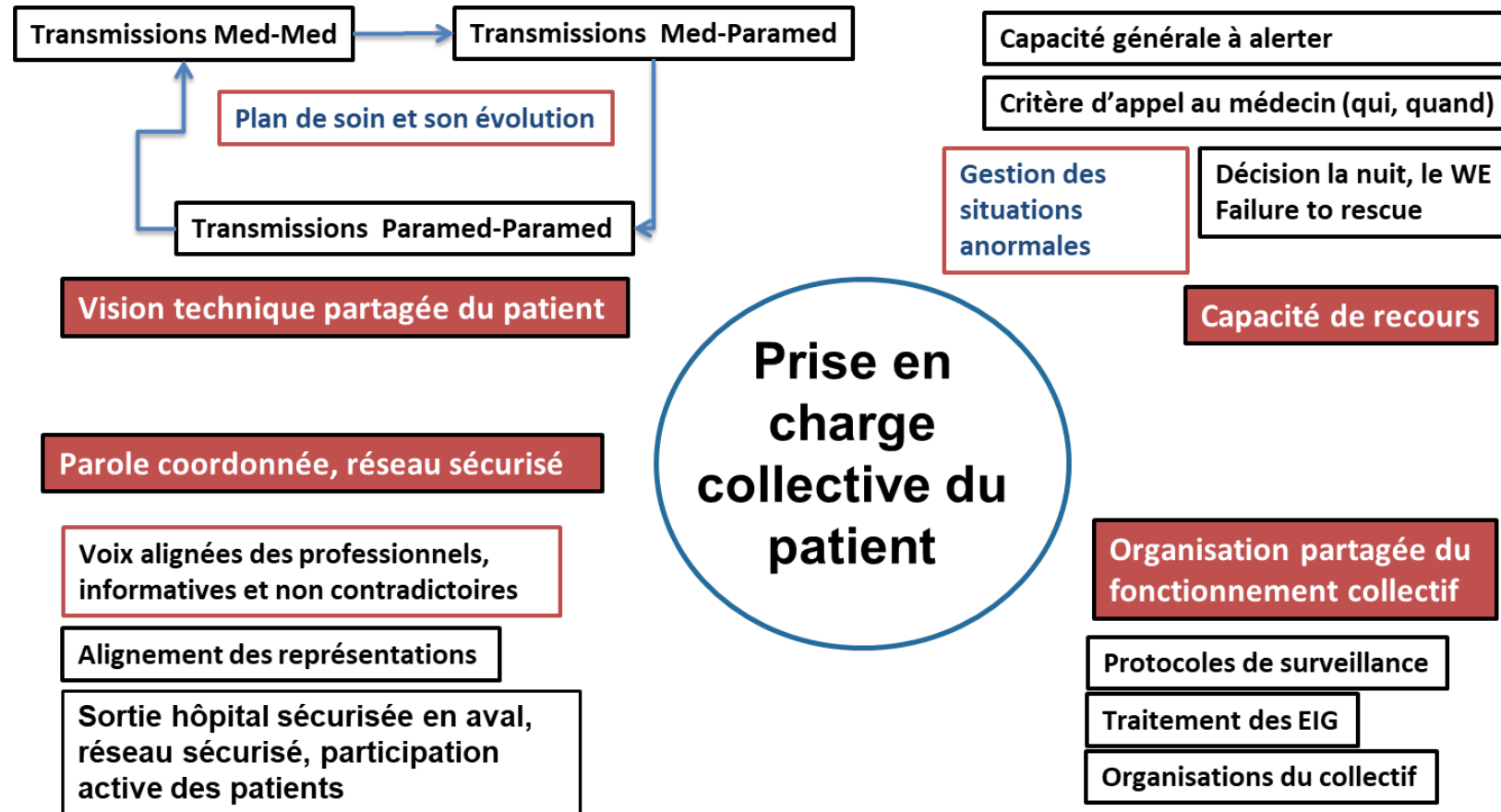
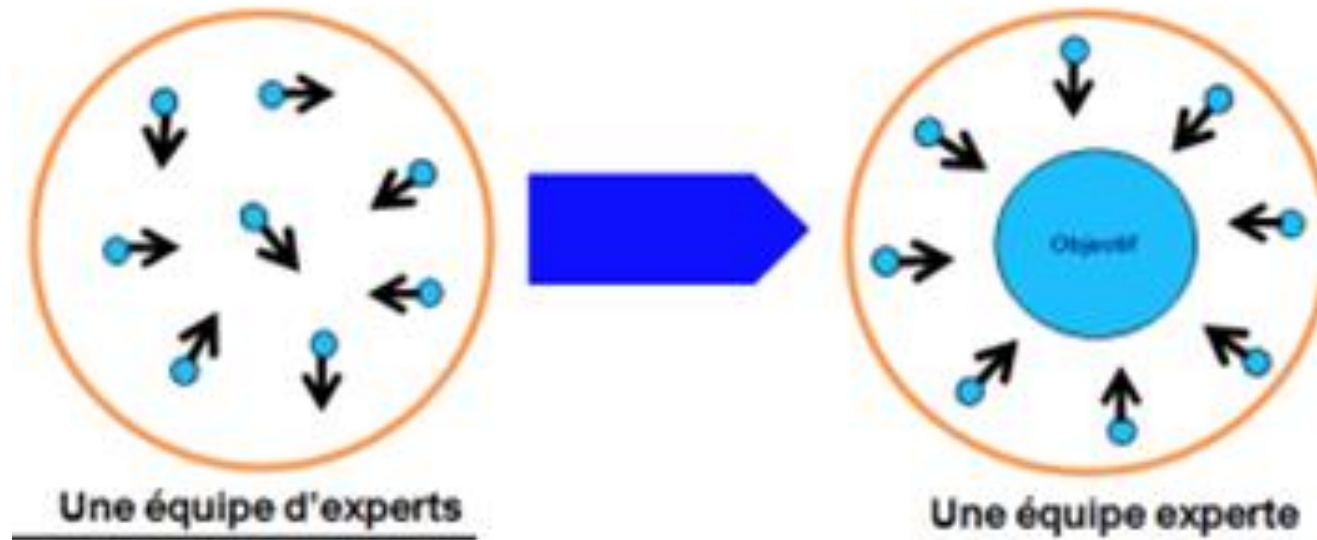


Figure 1. Evolution de l'équipe



Merci pour votre écoute