

AXE 2 « PARCOURS et COORDINATION, DE QUOI PARLE-T'ON ? »

Ou Sous-Axe 3.3 « RENFORCER LES DISPOSITIFS de COORDINATION ET FLUIDIFIER L'AVAL »

Clarifier les missions des dispositifs de coordination et tendre vers leur intégration...

... Dans le but d'améliorer les parcours, de faciliter un accès pertinent à l'hôpital, de réduire les hospitalisations/ré-hospitalisations évitables et de faciliter les sorties d'hospitalisation

1. Diagnostic et enjeux

Plusieurs types de dispositifs de coordination existent au niveau national comme régional, de façon réglementée ou à titre expérimental¹. Tous visent à améliorer la capacité du système de santé à repérer, orienter, prendre en charge les patients dont la situation est rendue complexe du fait de leur polypathologie clinique, à laquelle peuvent se cumuler des difficultés d'ordre social et médico-social.

Certains ont une vocation universelle au sens où ils sont missionnés pour intervenir sur l'ensemble des parcours patients, tous âges et toutes pathologies (les DAC), d'autres sont positionnés sur des maladies ou filières spécifiques, notamment s'agissant de pathologies rares, et/ou nécessitant une expertise particulière (neurologie, ...). D'autres enfin concernent un secteur spécifique de santé du fait de son organisation et/ou de ses modes de financements/partenaires particuliers (handicap, précarité, psychiatrie, perte d'autonomie liée à l'âge, périnatalité).

La création et l'évolution de ces dispositifs de coordination répond donc à un besoin qui reflète la complexité du système de santé pour le patient, ses aidants ou les professionnels de santé. Si chaque dispositif trouve aujourd'hui sa place en Île-de-France, leur articulation et leur fonctionnement d'ensemble doivent toutefois être clarifiés.

En effet, cette pluralité de dispositifs (*cf.* note de bas de page) dont certains sont centrés sur la ville et le domicile, d'autres sur l'hôpital (gestion de l'aval) ou sur le secteur médico-social, peut induire un manque de lisibilité : missions, positionnement, cas d'adressages, compétences propres voire capacité d'effectif. Leurs territoires de compétences (les territoires de coordination pour les DAC, l'est et l'ouest de la région pour les CARSIC, d'autres territoires infra-départementaux pour les réseaux de périnatalité) sont par ailleurs hétérogènes. **Au global, le risque est que ces dispositifs soient sous sollicités car mal identifiés ou mobilisés à mauvais escient.**

La fusion d'un certain nombre de réseaux de santé au sein des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), prévue par la loi OTSS de 2019 visaient à éviter un éparpillement des moyens et des missions/fonctions de coordination entre différents dispositifs et constituait une mesure importante du PRS2. Les 22 DAC Franciliens sont désormais opérationnels pour l'information et l'orientation, la coordination de parcours complexes et l'animation territoriale. Le deuxième temps de cette transformation s'ouvre désormais, et les DAC doivent approfondir leur articulation avec les autres dispositifs régionaux ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs de la coordination : CPTS, CARSIC, Communautés 360, autres réseaux thématiques, professionnels de ville, ES, ESMS, etc.

Il paraît en effet essentiel **d'appréhender la notion de coordination dans une approche graduée**, et notamment de réaffirmer la contribution de chaque intervenant du système de santé : le patient et ses aidants (niveau 1), le médecin traitant dont le rôle dans l'animation du cercle de soin demeure essentielle le cas échéant au sein d'une CPTS ou d'une structure

¹ Réseaux de santé, Coordination Territoriale d'Appui (CTA), Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), Communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS), Equipe mobiles, Dispositif Intégré Handicap (DIH), Dispositifs Spécifiques régionaux (DSR), Cellules d'Appui à la Résolution des Situations bloquées (CARSIC), COREVIH, LAMPES, Communautés 360, PCPE (pôles de compétences et de prestations externalisées) ...

d'exercice coordonnée (niveau 2), l'établissement de santé ou médico-social (niveau 3) et, le cas échéant, un dispositif d'appui (niveau 4) qui peut être un DAC, un réseau de périnatalité, un CARSIC ou une structure intervenant dans le champs des personnes handicapées telle qu'une Communauté 360. Cette dernière catégorie d'acteurs de la coordination a vocation à intervenir en subsidiarité, quand les solutions aux mains des autres acteurs n'ont pas été trouvées.

Fort de ces constats partagés, **le PRS 3 a pour ambition d'optimiser l'utilisation des ressources dédiées à la coordination des parcours, dans une logique d'intégration et de gradation pour les rendre plus lisibles.**

2. Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Poursuivre la logique de convergences et de complémentarité des dispositifs afin d'optimiser leurs interventions
- Améliorer la lisibilité de l'ensemble au bénéfice des parcours de soins santé, tant pour les professionnels que pour les usagers, et fluidifier les modes d'adressages en clarifiant les cas d'usage de chaque acteur :
- Faciliter l'organisation de l'aval hospitalier, en fluidifiant les sorties et en sécurisant les retours à domicile

3. Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs de l'axe

1er objectif : Poursuivre la logique de convergence entre les dispositifs pour optimiser leurs interventions

- Renforcer le rôle de guichet intégré des DAC, acteur privilégié de la coordination des parcours de santé complexes, à destination des professionnels, des patients et des aidants :
 - o Poursuivre l'ouverture des prises en charge vers le « tous âges et toutes pathologies »
 - o En lien avec le référentiel de missions (dont le contenu est appelé à évoluer), renforcer la mission de coordination des parcours complexes et de gestion de cas pour les situations les plus complexes ;
 - o Viser la prise en charge de situations relevant de la grande précarité
 - o Poursuivre la construction de liens opérationnels avec la ville (notamment les CPTS et les structures d'exercice coordonné), l'hôpital, l'hospitalisation à domicile, le secteur médico-social, et les acteurs de la Réponse accompagnée pour tous ;
- Confirmer et valoriser le rôle de coordination de chaque professionnel et structure de soins notamment dans le cadre de la prise en charge et du suivi des patients porteurs de pathologies chroniques :
 - o Communiquer (en lien avec l'Assurance Maladie) sur les objectifs et les moyens de la coordination de parcours, qu'ils soient organisationnels, humains ou numériques, notamment au sein des CPTS, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;
 - o Veiller à la mise en place ou à l'identification d'une mission dédiée à l'hôpital, ayant en particulier une valence sociale et médico-sociale, ainsi que dans les structures d'exercice collectif et au sein des CPTS
- S'appuyer sur les dispositifs d'appui à la coordination pour identifier les ruptures causes de parcours sur les territoires, ainsi que sur les acteurs du champ du handicap, afin de pouvoir y apporter des réponses plus adaptées ;
- Identifier et formaliser les liens avec les dispositifs d'expertise et/ou sectoriel ;
- Favoriser l'interconnaissance et l'acculturation des dispositifs ainsi que l'interpénétration des filières. Le rôle d'animation territoriale du DAC, en lien avec les missions des CPTS le cas échéant, est à valoriser. Ce rôle veillera à être coordonné avec les acteurs du champ du handicap. ;
- Développer le déploiement et l'usage de la solution régionale de coordination eParcours ;
- Travailler au sein de chaque territoire les articulations notamment avec les instances de coordination territoriale structurelle ou politique, ainsi que les conseils départementaux ;
- Développer des formations spécifiques liées à la coordination des parcours à destinations des professionnels en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social ;
- Connaître le public suivi par l'ensemble des dispositifs de coordination franciliens et non pas uniquement des DAC et de mesurer leur pertinence et l'impact qu'ils ont sur la population francilienne.

2ème objectif : Améliorer la lisibilité de l'ensemble des dispositifs de coordination au bénéfice des parcours de soins santé, tant pour les professionnels que pour les usagers

- Dresser un panorama des dispositifs existants avec une fiche d'identité pour chacun (périmètre, modalités de mobilisation, mode d'action, critères d'inclusion ...), accessible au sein des portails Maillage et sur le site de l'Agence ou des partenaires régionaux ;
- Mettre à disposition des professionnels une cartographie de l'offre existante grâce à l'outil Santégraphie, en lien avec les portails Maillage.
- Améliorer, favoriser et promouvoir le peuplement et l'actualisation du ROR pour l'ensemble de l'offre (dont les DAC) et confirmer l'ambition d'une harmonisation des outils favorisant le partage de données ;
- Inciter l'ensemble des dispositifs intervenant dans le champ de la coordination des parcours (en particulier les DAC, les CPTS, les établissements de santé et médico-sociaux) à élaborer des protocoles d'adressage mutuels fondés sur des cas d'usages récurrents et permettant de mieux articuler ces acteurs entre eux.
- Tendre vers une homogénéisation des zones d'intervention par type « d'enjeu » territorial (proximité, département, région)
- Elaborer des actions de communication, en lien notamment avec l'Assurance Maladie, à destination des professionnels et/ou structures (sanitaire, medico social et social) et du grand public afin de rendre plus visibles les dispositifs de coordination des parcours, dont les DAC.

3ème objectif : Faciliter l'organisation de l'aval hospitalier, en fluidifiant les sorties et en sécurisant les retours à domicile

La sortie de l'hôpital représente une responsabilité partagée de l'ensemble des acteurs et doit pouvoir être anticipée.

- Améliorer le lien Ville hôpital-Hôpital Ville (ex : participation de l'hôpital aux instances des CPTS et réciproquement ; organisation par l'hôpital de groupes/comité avec des acteurs de ville...) Ville-ESMS Hôpital-ESMS
- Favoriser l'accès à l'expertise hospitalière : des avis médicaux rapides, des consultations semi urgentes, développement de la télé-expertise, ouverture de staffs, postes partagés ville-hôpital et fonctions de coordination de parcours etc ...)
- Ouvrir certaines structures de gouvernance hospitalière, notamment les commissions d'hospitalisations longues à l'HAD et à la ville (DAC, CPTS) ⇔ mettre en place au sein de l'hôpital une organisation permettant l'anticipation et le suivi de ces situations,
- Favoriser les organisations coopératives entre l'hôpital et la ville (structures de soins/CPTS/DAC) permettant d'organiser et de sécuriser le retour à domicile des patients après une prise en charge hospitalière : partager les informations, trouver un médecin traitant ou des professionnels paramédicaux pouvant assurer les soins auprès du patient, ...
- Développer le recours et la culture de l'HAD en ESMS (PAPH/PDS) notamment pour éviter les hospitalisations des résidents.
- Identifier, au sein des établissements de santé, une fonction de coordination médico-sociale en lien avec le service social (en prenant en compte les résultats des expérimentations LAMPES), pour repérer dans le parcours hospitalier les publics en difficulté sociale et travailler à la sortie de l'hôpital, en lien avec les DAC ;
- Poursuivre la pérennisation du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation pour les personnes âgées dépendantes en EHPAD et en USLD
- Imaginer d'autres dispositifs d'hébergement temporaires permettant l'accueil de patients non totalement autonomes mais sortants cliniquement
- Améliorer la connaissance et l'identification par les professionnels des procédures de traitement accélérées des MDPH (critères, personnes ressources, procédures etc. ...) en cas d'urgence ;
- Pour améliorer l'accès aux soins des populations handicapées, accélérer le déploiement du référent handicap en établissement sanitaire, garant d'un parcours de soin adapté² ;
- Pour les patients les plus vulnérables et/ou précaires, renforcer les compétences et les organisations notamment dans le cadre de la gestion des situations d'impasse hospitalières et dans un cadre de grande transversalité (patients sans identité, tutelles/curatelles etc ...)
- Plus largement associer les collectivités locales aux réflexions et travaux pour faciliter l'accès aux droits.

² Décret no 2022-1679 du 27 décembre 2022 relatif aux missions et au cadre de l'intervention du référent handicap dans le parcours du patient en établissement de santé