

Le virage ambulatoire : les outils de coordination

Les dispositifs de coordination visent à favoriser le virage ambulatoire, objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022, en tenant compte tant de l'évolution de l'état de santé de la population, du vieillissement et de la perte d'autonomie, que des projets de vie des personnes et de la nécessaire individualisation et gradation des prises en charge. Parallèlement, le déploiement de ce virage ambulatoire renforce le besoin de coordination entre les professionnels de santé, qui évoluent à des échelons territoriaux multiples (régionaux, départementaux, infradépartementaux) et dans des secteurs variés.

La coordination territoriale est multiple et est portée par de nombreux acteurs. Ainsi, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), créés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ont vocation à accompagner la structuration de l'offre hospitalière publique sur leur territoire. Les projets médicaux partagés de deuxième génération pourraient renforcer l'articulation entre l'offre hospitalière et les structures d'exercice coordonné de ville.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (2018 au 31 décembre 2021) et centres de santé pluriprofessionnels (522 à la même date) favorisent, par une meilleure coordination des professionnels de santé de ville, la prévention en santé. Effecteurs de soins, ils permettent, à travers la prise en charge de leur patientèle, de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé. L'exercice pluriprofessionnel semble également répondre aux projets des professionnels de santé qui ne souhaitent plus un exercice isolé de la médecine. Cela participe à leur installation dans des zones sous-denses. Inscrit comme objectif prioritaire du gouvernement pour 2022, le doublement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) a été atteint.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettent à l'ensemble des acteurs de santé qui le souhaitent (professionnels de santé de ville, établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médicosociaux, sociaux...) de se coordonner pour répondre à des problématiques de santé sur un territoire et fluidifier les parcours de santé des patients. Instaurées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, 676 communautés professionnelles territoriales de santé ont été créées.

Enfin, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), auxquels nous allons plus particulièrement nous intéresser dans cet article, doivent participer à l'organisation des soins et donc à l'accélération du virage ambulatoire dans les territoires. Par ailleurs, ils doivent contribuer à la réduction des inégalités territoriales de santé.

La coordination des parcours de santé complexe : quelle définition et quel rôle pour les dispositifs d'appui à la coordination ?

Face à l'augmentation de l'espérance de vie, au risque de perte d'autonomie et au développement croissant des maladies chroniques, la coordination des parcours de santé s'avère de plus en plus nécessaire afin de répondre aux besoins et aux souhaits des personnes et fluidifier leur parcours.

Conformément à l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'unification des réseaux de santé, des dispositifs Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins), des coordinations territoriales d'appui de l'expérimentation Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et des plateformes territoriales d'appui devra être achevée en juillet 2022 au sein des DAC. Sur décision du conseil départemental, les centres locaux d'information et de coordination peuvent rejoindre les DAC.

Cette réforme répond à un double objectif :

- la simplification de l'accès à la coordination pour les professionnels ;
- la couverture totale du territoire pour lutter contre les ruptures d'égalité.

En effet, les dispositifs de coordination se sont multipliés depuis les années 1990 et avaient vocation à coordonner les parcours de santé des personnes soit par pathologie soit par public (personnes en perte d'autonomie, malades chroniques). Cette organisation fragmentée avait des conséquences négatives pour les professionnels, les personnes et leurs familles, ainsi que pour les pouvoirs publics.

Pour les professionnels, cette coordination en silos a pu conduire à des difficultés de coopération et à une coresponsabilité insuffisante menant parfois à des ruptures de parcours. Pour les personnes et les familles, cette fragmentation de l'offre rendait difficile l'accès aux services, conduisait à une multiplication des évaluations et engendrait même parfois des hospitalisations ou une institutionnalisation non nécessaires. Enfin, les pouvoirs publics avaient une faible visibilité sur la mise en œuvre des politiques, sur le service rendu par les différents dispositifs et sur la couverture des besoins de la population.

Avec la création des plateformes territoriales d'appui en 2016, la nécessité de coordonner les parcours de santé des personnes quels que soient leur âge ou leur pathologie s'impose. La réforme de 2019 et la création des DAC achève cette démarche d'unification et de mise en œuvre de dispositifs polyvalents.

Par ailleurs, l'ensemble des territoires n'étaient pas couverts par les précédents dispositifs. C'est pourquoi les DAC ont vocation à apporter un appui à la coordi-

Laurianne Gomez

Chargée de mission coordination des parcours, bureau « Coopérations et contractualisations », sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, DGOS
Yann-Maël Le Douarin
 Adjoint au chef du bureau « Coopérations et contractualisations », sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, DGOS



Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

nation des parcours de santé ressentis comme complexes essentiellement auprès des professionnels de l'ensemble d'un territoire dans les champs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

Si l'on se réfère à la pyramide de Kaiser (figure 1), les DAC coordonnent les parcours de santé des populations de niveau 3 (patients atteints de maladies chroniques à forte complexité) et, dans une moindre mesure, de niveau 2 (patients atteints de maladies chroniques à haut risque), soit environ 10 % de la population globale. Cependant, cette part de la population nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle, planifiée, et un suivi fin des actions menées par les différents acteurs auprès des personnes, en concertation avec les médecins traitants. La coordination des professionnels doit être efficiente et ils doivent acquérir une culture commune. Un service numérique de coordination doit également accompagner ces acteurs. C'est pourquoi cette réforme est soutenue par le déploiement, au travers du programme e-parcours¹, de systèmes d'information de coordination pour tous les membres de l'équipe de soins, favorisant le partage de données des personnes suivies entre les différents professionnels.

Des dispositifs nécessairement agiles en raison de l'hétérogénéité des territoires et de l'absence de définition de la complexité

Les dispositifs d'appui à la coordination viennent en renfort à la coordination clinique, par la mise en relation

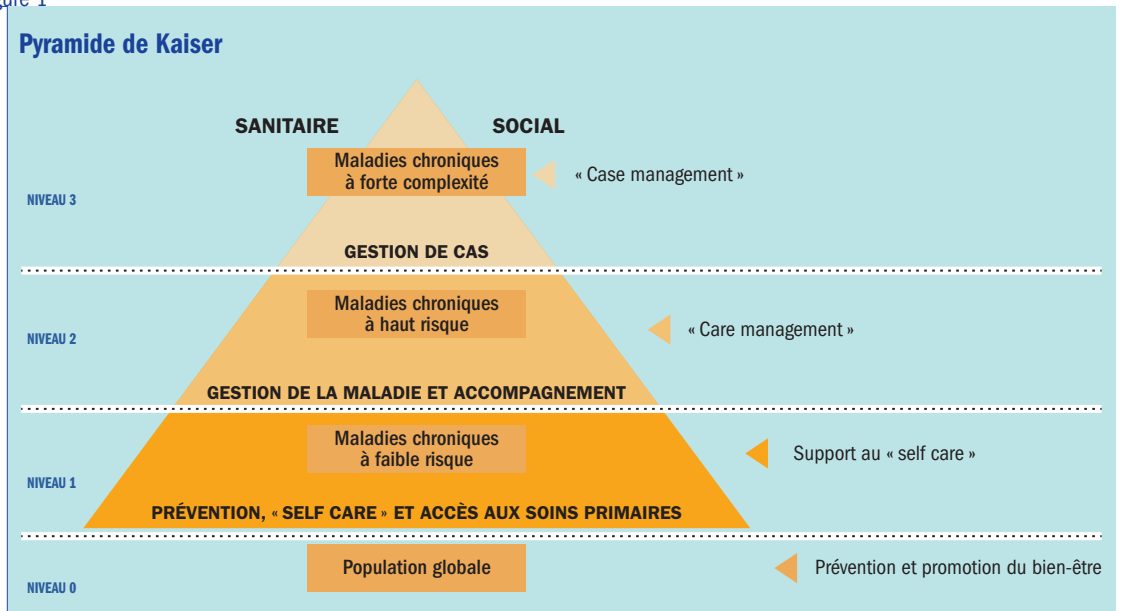
1. En appui de la stratégie de transformation du système de santé ma santé 2022, le programme e-parcours organise la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination aux professionnels. Deux types d'organisation coordonnée sont soutenus dans le cadre du programme, avec l'objectif d'un outillage commun : les dispositifs d'appui à la coordination ; les CPTS et collectifs de soins de type « article 51 ». 279 projets ont été financés au travers du programme d'e-parcours (*chiffres de mai 2021*), soit 119 DAC.

des professionnels et la mise en place d'interventions auprès des personnes. La coordination clinique permet de rechercher des réponses fluides, flexibles et ajustées aux besoins. Par ailleurs, les DAC participent à la coordination territoriale, qui organise la concertation des acteurs sur les territoires. Ces deux formes de coordination sont intrinsèquement liées et s'alimentent l'une l'autre.

En matière de coordination clinique, la durée, l'intensité ou les modalités de coordination ne sont pas homogènes, et la situation clinique de la personne dépend de sa pathologie, de son autonomie et de sa situation sociale et familiale. L'offre de soins sur le territoire, l'interconnaissance des différents acteurs, la stabilité de l'écosystème dans lequel intervient un professionnel vont avoir un impact dans son appréciation de la complexité face à la situation d'une personne. Dès lors, les DAC vont être sollicités lorsqu'un professionnel est confronté à une situation ressentie comme complexe, qui repose sur une appréciation objective de la situation clinique de la personne mais également sur une appréciation plus subjective corrélée à l'expérience, à la disponibilité et au territoire. Cette absence de définition préalable de l'intensité de l'accompagnement, des formes que doivent prendre la coordination, et l'hétérogénéité des situations nécessitent une grande agilité de ces dispositifs. Loin de mettre un terme à l'accompagnement intensif, cette unification des différents dispositifs conduit à une gradation de la coordination en fonction des situations et des besoins des personnes. Cette agilité est nécessaire au succès du virage ambulatoire.

À titre d'exemple, certains dispositifs d'appui à la coordination les plus matures ont démontré leur capacité d'adaptation et de réponse lors de la crise du Covid-19. Ainsi, lors de la première vague, ils ont, dans certains territoires, en lien avec les CPTS, apporté un soutien

figure 1



aux équipes de proximité, en particulier de soins primaires et d'aide à domicile pour la continuité de l'activité (maintien à domicile des personnes, matériels, appui dans le champ des soins palliatifs), assuré le suivi et le soutien des sorties d'hospitalisation des personnes Covid+, participé aux astreintes gériatriques, diffusé des recommandations et des protocoles.

Enfin, si le décret du 18 mars 2021² prévoit un DAC par territoire afin de garantir l'équité territoriale, les territoires d'intervention n'ont pas été définis en amont de la réforme³ afin que les acteurs organisent la coordination en fonction de l'offre de soins, de l'interconnaissance des professionnels et des dynamiques territoriales. Actuellement, à quatre mois de l'achèvement de la réforme, 119 dispositifs d'appui à la coordination sont unifiés : 48 % des DAC sont infradépartementaux et 47 % sont départementaux. Cette souplesse dans l'organisation doit permettre une plus grande efficacité des dispositifs mais nécessite une articulation renforcée avec les autres structures existantes et notamment avec les CPTS ou les communautés 360 (dispositifs créés afin de répondre de manière coordonnée et systémique à toutes les personnes en situation de handicap) (figure 2).

2. 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.

3. Cadre national d'orientation relatif aux DAC.

Les enjeux à venir pour renforcer le virage ambulatoire et la structuration des territoires

Un des enjeux majeurs à l'avenir sera d'articuler l'appui aux professionnels porté par les dispositifs d'appui à la coordination pour les parcours de santé complexes avec d'autres dispositifs de coordination émergents tout en maintenant la lisibilité de l'offre sur les territoires. Ces articulations devront être impulsées par les acteurs institutionnels (le ministère en charge de la santé, les agences régionales de santé et les conseils départementaux) et par les dispositifs de coordination eux-mêmes tant au sein de leur gouvernance qu'à travers leur animation territoriale. L'action concertée de chacun des acteurs renforcera à terme la structuration des territoires.

Par ailleurs, les DAC pourront soutenir plus fortement l'organisation des parcours grâce à l'analyse des situations qu'ils suivent et des ruptures constatées. En lien avec les autres professionnels, cela concourra à une démarche collective et coresponsable d'amélioration de la qualité pour les usagers. Ces données pourront soutenir la mise en œuvre des politiques publiques.

Enfin, l'évaluation du service rendu, qui sera conduite par chacun des dispositifs, devrait mettre en avant les champs d'intervention pour lesquels l'appui aux professionnels et la coordination doivent être renforcés pour répondre aux besoins, que ce soit par exemple dans le champ de la santé mentale ou dans le cadre de la lutte contre la précarité. ➡

figure 2

