



La mise en œuvre des parcours sur le terrain

De nombreuses expériences locales ont été menées ces dernières années sur le terrain. Elles amènent les acteurs à travailler ensemble pour prendre en charge certaines populations (personnes âgées), situations (sorties d'hôpital) ou proposer de nouvelles pratiques de soins multidisciplinaires.

Parcours de soins et de santé vus par les acteurs des soins primaires de proximité

Jean Godard
Spécialiste en médecine générale, membre du Collège de la médecine générale, membre du HCSP

Les acteurs de soins primaires attendent toujours avec anxiété de nouvelles réformes. Non qu'ils craignent la nouveauté. Au contraire, à l'instar de, leur informatisation qu'ils ont menée à marche forcée en moins de deux ou trois ans, ils ont montré leur profonde adaptabilité. Le coût de l'informatisation n'a pas eu de compensation réelle. L'informatisation n'a pas encore permis aux médecins de base une analyse qualitative et quantitative de leur activité. Ils redoutent surtout des changements faits sans eux et en dehors de leur réalité quotidienne et de celle des patients. Nous ne pouvons que remercier la revue *adsp* d'ouvrir ses colonnes à des réflexions de professionnels de terrain.

La médecine de « parcours » n'est pas pour eux une découverte. La relation duelle qu'ils ont avec leurs patients est un parcours. C'est une médecine de l'individu dans le temps, médecine de la parole dans le temps. La médecine de parcours que l'on projette est plutôt une médecine du parcours d'une pathologie et d'une pathologie dans l'espace, entre la proximité et l'hôpital vu comme centre et la proximité vue comme une périphérie. La réalité est en fait inverse : le centre

de l'espace de chacun est la proximité de vie et de relations, et l'hôpital est à la périphérie de la vie et de la géographie relationnelle. Les acteurs de santé et de soins de proximité, leurs patients, craignent surtout une fois de plus de devoir s'adapter à une nouvelle donne plus ou moins plaquée sur une réalité que l'on veut plier aux dimensions des institutions. Cela n'empêche pas des acteurs des soins primaires de proposer des solutions conceptuelles, des modèles sur le terrain.

Partir du terrain

C'est de la vie de tous les jours, celle des citoyens, des élus locaux, des patients, des professionnels de santé et de soins, mais aussi des médico-sociaux qu'il convient de partir pour installer la nécessaire transition structurelle dont notre système de santé et de soins a besoin.

La démarche de santé publique fonde sur le bilan de l'existant un système plus efficient et pérenne.

D'où venons-nous ?

Nous vivons dans un système de santé et de soins performant, hospitalo-centré, et axé sur les soins avant

tout, construit à partir de 1958 sur fond de prospérité économique et financé à bourse quasi déliée. Pendant ce temps, l'investissement surtout structurel sur les soins primaires stagnait. Nous atteignons les limites d'un tel système et nous ne pouvons plus soutenir une part de près de 12 % du PIB consacrée à la santé et aux soins. Les ressources, tant humaines que matérielles, dont un système de santé moderne a besoin existent quasiment encore sur l'ensemble du territoire, même si des failles apparaissent. La population vit plus en dehors de l'hôpital que dedans. Il y a une certaine forme de folie à vouloir régir la santé à partir d'un point de vue aussi excentré. Les crises ont quelque chose de bon à nous repositionner dans le réel.

Nous plaquons sur le système de soins un modèle industriel fordien. Il s'agit d'identifier toutes les tâches individualisables d'un processus global ou d'un parcours. Ensuite, autant de tâches aboutissent à des professions ou postes, dispositifs nouveaux (éducateurs spécialisés en tel ou tel domaine, infirmières d'annonce, filière palliative, filière douleur, filière gérontologie...). Cette approche rencontre beaucoup de succès dans un système déjà très « disciplinarisé » autour de spécialités d'organe qu'il ne contrarie pas.

Pour rééquilibrer les finances, comme les missions des uns et des autres, de nombreuses conditions doivent être réunies. Elles concernent aussi des domaines qui dépassent le médical.

Conditions sociologiques : l'image des acteurs de la santé et des soins de premier recours doit évoluer

Il y a trente ans, mes patients refusaient d'aller à l'hôpital. Ils disaient que je les y envoyais pour mourir. Aujourd'hui, les patients souhaitent que je les adresse à l'hôpital et beaucoup y vont d'eux-mêmes, pour des causes que je prends en charge. Les familles ne veulent plus et ne peuvent plus assumer l'agonie de leurs proches à domicile. L'accompagnement des mourants à domicile n'est pas qu'une question de moyens et de temps. Il s'agit d'une posture sociétale devant la mort. Celle-ci est de plus en plus mise à distance philosophiquement, par le culte de la jeunesse, celui de la performance,

la peur du devenir et finalement dans une sorte de déni. L'agonisant demande souvent lui-même cette hospitalisation dernière, car souvent il n'envisage plus la mort. Les patients exigent toujours plus d'examen complémentaires, toujours plus d'excellence pour leur prise en charge. Cette course à l'élitisme, qui est assimilée à juste titre à l'hôpital, voire à certains services, est cependant conséquence de recours inappropriés ou démesurés vis-à-vis de la réalité de la pathologie présentée par le patient. Elle peut aussi être un facteur d'inégalité d'accès aux soins, saturant les consultations à très haute valeur ajoutée par des « recrutements » inadaptés et laissant pour compte les patients redevables réellement de ces recours, soit par « timidité » sociale, par ignorance, par saturation des plannings, quand ce n'est pas devant des coûts rendus insupportables à certains par des dépassements d'honoraires. L'image des acteurs du premier recours que sont les infirmières, pharmaciens et médecins généralistes s'est altérée. C'est d'ailleurs plus complexe et paradoxal. Le patient pris individuellement plébiscite souvent infirmière et médecin généraliste traitant. Les patients regroupés en associations ou les médias n'entendent, n'accréditent et ne valorisent que la parole des « grands professeurs ». Ceux-là même qui, interviewés, rappellent souvent la noblesse de l'exercice du médecin de famille, regrettant presque ne pas avoir eu cette carrière. L'image perçue par le public est indissociable de la parole médiatisée des responsables du système de santé et de soins et des politiques. La grande question qui vient souvent à la pensée des responsables et des chercheurs issus des soins primaires est : « Nos responsables croient-ils dans les soins primaires ? » La réponse n'est pas acquise. Si oui, pourquoi le pays n'a-t-il pas délégué une mission de santé publique aux acteurs des soins primaires, qui en seraient dans bien des cas les agents les plus indiqués : vaccinations (campagne contre l'hépatite B, vaccination de masse contre la grippe A...), dépistages des maladies (choix des structures de dépistage des cancers plutôt que dépistage individuel par les médecins généralistes ou l'ensemble des soins primaires) ? Pourquoi, si oui, couper de plus en plus l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient de la proximité (la majeure

Les fondements d'une réforme

L'objectif devrait être de ne pas perdre en performance, en gagnant même, tout en réalisant des économies non pas marginales mais décisives. C'est indissociable de changements structurels profonds. Il faut déplacer notre curseur des soins vers la santé, de l'hôpital vers la proximité et de l'organe vers la personne. L'hôpital doit garder et développer ses cœurs de métier : diagnostics demandant des moyens lourds, traitements complexes, formation initiale, recherche, urgences vraies. La proximité doit être optimisée pour

assumer ce qu'elle sait le mieux faire et qui constitue sa vocation : l'accueil en premier recours, l'accompagnement, la santé, le suivi, le « tri », l'orientation, la coordination puisqu'elle est l'acteur de la gestion du temps du capital santé par excellence, le lieu de la parole, mais aussi de la formation spécifique aux métiers des soins primaires, de la recherche en soins primaires, le lieu de « résidence » des gens, lieu de vie y compris dans la maladie, lieu de fin de vie... ✈



partie des programmes d'éducation thérapeutique a été confiée aux hôpitaux)? Si oui, pourquoi augmenter les prescriptions réservées à des spécialités? N'y a-t-il pas rupture de confiance entre l'État et les soins primaires? N'y a-t-il pas rupture culturelle entre les élites politiques et médicales de la nation et les acteurs de base du système de santé et de soins? Un système ne vaut-il pas par son maillon le plus faible?

Conditions structurelles pour bâtir un système de santé et de soins primaires de proximité

Les professionnels du premier recours de proximité ne peuvent travailler comme leurs prédécesseurs. De nombreuses conditions sont nécessaires pour qu'ils trouvent leur place dans un système revisité à l'aune de la modernité. La médecine de parcours doit s'intégrer, à leur niveau, avec la prise en charge globale, bio-psycho-sociale, qui est leur caractéristique fondamentale.

La multidisciplinarité

La multidisciplinarité doit prendre pied en proximité. Le phénomène est en marche, avec les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), pôles, groupements pluriprofessionnels de soins primaires ou autres organisations. Cela implique la possibilité d'existence d'une personnalité morale de cette organisation pluriprofessionnelle de proximité en soins primaires, de résoudre le partage des données à la fois du point de vue juridique, déontologique, comme informatique, de trouver les modes de financement et de rémunération, de rendre possible la coordination entre acteurs par eux-mêmes et non pas plaquée et imposée de l'extérieur.

La territorialisation

La multidisciplinarité des soins primaires de premier recours doit entrer progressivement dans une pratique territoriale intégrée. L'intégration appelle la pratique et la gestion effectives entre acteurs de santé et de soins primaires de nombreuses missions au niveau d'un territoire, qui est idéalement un bassin de population à définir entre acteurs, population, élus locaux, agence régionale de santé (ARS). Cela ne va sans doute pas sans un poids accru de la capacité d'agir des ARS.

Les missions concernant les soins doivent être coordonnées entre professionnels de soins : infirmières, pharmaciens et médecins généralistes. Des protocollisations doivent être adoptées en commun. Les parcours de soins les plus complexes, neurodégénératifs, cardiovasculaires, cancéreux, dépendants, peuvent bénéficier en priorité de l'organisation nouvelle territoriale et pluriprofessionnelle. Ces protocollisations s'appuieraient sur l'expertise d'institutions comme la Haute Autorité de santé ou l'Institut national du cancer, en collaboration étroite avec les représentants des professions, des sociétés savantes concernées par les soins primaires (dont le Collège de la médecine générale) et les départements universitaires de médecine générale. L'éducation à la santé, la prévention doivent être coordonnées entre

les acteurs précédents et les structures existant sur le territoire qui ont compétence et légitimité en pareil cas (cela peut aller de l'Éducation nationale aux élus, aux associations de patients, aux associations spécialisées publiques et privées...).

Le maintien à domicile

Le maintien à domicile (MAD) doit être un objectif prioritaire du territoire organisé autour des ressources des soins primaires de proximité. Il n'est pas possible sans une articulation étroite avec les ressources médico-sociales territoriales au service des structures de soins primaires, plus unifiées qu'aujourd'hui, organisées dans une optique de «circuit court» pour délivrer les prestations aux patients et à leurs aidants afin de rendre possibles les *projets de santé et de soins des patients*. Ce médico-social doit répondre rapidement à la structure territoriale de soins, afin d'éviter des hospitalisations pour des causes avant tout «sociales». Le MAD nécessite aussi une continuité des soins, qui peut être complétée grâce à la multidisciplinarité. Le maintien à domicile doit être financé par un «forfait d'hébergement à domicile». Il viendrait compléter les prestations sociales existantes, mais qui sont insuffisantes pour le permettre, et éviter des hospitalisations. Il faut en effet que les prestations d'aide soignantes, de gardes de nuit, souvent insuffisantes tant pour les patients que pour leurs aidants, permettent d'éviter l'institutionnalisation hâtive, paroxystique et transitoire ou permanente. Ce maintien à domicile est à considérer comme un hébergement à mettre en balance avec des hébergements autres : services hospitaliers et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en particulier. Il est dit que beaucoup de lits hospitaliers sont occupés illégalement. Le développement de ce forfait hébergement à domicile permettrait d'envisager les sorties précoces post-chirurgie, *post-partum*, des maintiens à domicile lors de certains traitements comme les chimiothérapies *per os* à domicile, les soins palliatifs, et beaucoup d'autres dont ceux liés à la dépendance alliée à la polypathologie.

Il faut faire des choix. Il est souvent question de réformes en France. Celles-ci aboutissent souvent à ajouter un dispositif innovant sans supprimer celui qu'il est censé remplacer. Il y a alors concurrence, coûteuse et compétitive. La loi HSPT a créé des ARS dont la marge de manœuvre financière tient à 2 % du budget qu'elles gèrent. L'assurance maladie, au-delà de son rôle d'assureur solidaire, prétend être un acteur de santé publique, d'évaluation, d'éducation à la santé... Productrice de données, elle ne les distille que de façon régaliennne, sans possibilité pour d'autres de les analyser à la source. Les professionnels naviguent entre des politiques parfois quasi contradictoires. Comment regrouper des professionnels de santé sur un territoire, négocier entre eux des protocoles de travail en commun, quand des initiatives tendent à les opposer notamment en attribuant aux uns des missions hier dévolues à d'autres

Les grandes lignes d'une réforme

La bonne gestion des parcours des patients nécessite une réforme systémique profonde. Elle peut se mettre en place par des changements déjà en marche et d'autres efficaces et simples, sans révolution culturelle si profonde ou traumatisante.

1/ La gouvernance tant nationale que régionale ne doit plus être bicéphale. C'est peut-être le plus difficile. Cela passe sans doute par un renforcement du ministère au niveau national et des ARS au niveau régional.

2/ Concentration des ressources expertes en santé publique qui sont aujourd'hui dispersées et quelques fois otages des « maisons » qui les abritent. Cela aboutit souvent à la cacophonie, doublons voire concurrence inappropriée. La santé publique est universitaire, sociétale, professionnelle, administrative et politique. Elle doit principalement s'affranchir de l'AM et sortir de l'hôpital en tant que positionnement géographique.

3/ Le renforcement de la filière de formation universitaire de médecine générale.

4/ La structuration des soins primaires de proximité et de premier recours qui doivent intégrer les principes suivants :

- a. Multidisciplinarité
- b. Multi thématisme
- c. Territorialisations de proximité sur la base des bassins de populations reconnus par tous et négociés.
- d. Allier soins, santé et médico social de façon opérationnelle dans un circuit court territorial
- e. Missions contractualisées au niveau national, adaptées au niveau régional :
 - Accueil de premier recours, diagnostics, suivi, accompagnement, permanence des soins, urgences, orientation, coordination....
 - Évaluation, enseignement, formation continue, recherche, veille sanitaire, représentations professionnelle et territoriale...
 - Éducation sanitaire, prévention, dépistages, vaccinations : missions qui ont toutes des volets de pratique individuelle et des volets d'exercice collectif.
 - Missions déléguées de santé publique en prévention, éducation à la santé, plans d'urgence (sanitaires, ou catastrophes en liaison avec élus notamment mais aussi pompiers)...

- Contractualisation avec les organismes administratifs,

- Contractualisation avec les structures de soins hospitalières, antennes mobiles, réseaux régionaux, etc. Il faut en finir avec les structures concurrentielles des soins primaires. Leur personnel peut d'ailleurs être reconverti utilement soit dans des structures régionales d'appui, soit dans les structures territoriales de soins primaires, au titre de postes de coordinateur au service des soins primaires...

f. Un forfait hébergement en maintien à domicile, C'est un prix de journée pour maintenir le patient à domicile. Il complète ou crée un financement des prestations insuffisantes ou inexistantes qui empêchent le maintien à domicile la plupart du temps. Il s'agit des auxiliaires de vie, aides de nuit à domicile, aides familiales. Les acteurs de proximité réalisent les prestations de santé et de soins nécessaires. C'est un facteur de structuration des soins primaires de proximité. C'est aussi un garant de coopération ville hôpital. Il permet d'éviter des hospitalisations par une coopération contractualisée avec des services acceptant d'accueillir le patient en tant que de besoin pour des hospitalisations brèves diagnostiques ou thérapeutiques. Une partie des frais d'hébergement à domicile comme à l'hôpital peut alors être globalisée, à l'intérieur d'un prix unique mais partagé, contrat gagnant-gagnant. Des services volontaires (gériatrie, oncologie, médecine interne, longs séjours, sorties précoces de chirurgie et de maternité...) peuvent être intéressés financièrement pour peu qu'ils appliquent les parties du contrat qui leur incombent. Ce forfait remplacerait les lits de réseaux monothématiques, d'hospitalisation à domicile (sauf rares exceptions), des lits hospitaliers... Sa mise en place peut s'opérer sur la base du volontariat de certains services, incités à cela, tandis que ceux qui s'y refuseraient pourraient être pénalisés dans le même temps. Le lien intime entre le service hospitalier et l'hébergement à domicile constitue une garantie pour le patient de continuité des soins sur place en proximité mais aussi de reprise à l'hôpital en cas de besoin. Ce forfait réalise de fait la fongibilité de l'enveloppe hébergement. ✎

(Prado¹, Sophia²...) ? Les réseaux monothématiques et d'autres structures sont projetés sur les territoires faisant à la place des professionnels de proximité. Le principe devrait être : « Ne pas diminuer la compétence des acteurs de la proximité, en faisant à leur place ». Le

1. Prado : programmes d'accompagnement du retour à domicile, (pour le *post-partum*, l'insuffisance cardiaque, l'orthopédie...)

2. Sophia : *disease management* à la française, copié sur les centres téléphoniques américains de conseil en santé.

territoire doit assumer tout ce qu'il peut assumer avec ses professionnels. Quand il ne peut plus apporter la prestation adéquate, il convient qu'il contractualise avec l'extérieur, dans un esprit d'augmenter la compétence de ses acteurs pour éventuellement à terme pouvoir prendre en charge demain ce qu'il ne pouvait pas assumer hier, ce bien sûr dans les limites de ses missions. Des exemples de fonctionnement sont modélisant : une antenne mobile de soins palliatifs, déplacée à la



demande de la proximité avec un questionnement clair, peut amener une valeur ajoutée importante, tant pour démêler des problèmes relationnels (avec les familles, entre soignants, entre soignants et médico-sociaux), qu'apporter une évaluation extérieure ou des solutions de prise en charge et cela dans un esprit de formation continue, dans le respect des patients, des acteurs et des familles. Une telle antenne, positionnée régionalement, offre un service médical indiscutable pour un coût plus raisonnable que des soins palliatifs structurés en réseaux monothématiques partout sur le territoire français. Il est même concevable de penser que cette antenne, accomplissant sa mission pédagogique, ne soit mobilisée que de façon de plus en plus pertinente vis-à-vis de sa mission. Il ne faut ni doublons, ni dispositifs concurrents, ni mettre en place des structures qui, déployées, pensent plus à leur survie structurelle qu'à leur utilité stricte.

Les soins primaires multiprofessionnels de proximité organisés doivent contractualiser avec les hôpitaux, mais aussi la faculté, l'agence régionale de santé, des dispositifs régionaux (antennes mobiles soins palliatifs, douleur, gériatrique par exemple...), des réseaux régionaux de cancérologie et périnatalité, mais aussi des structures telles que l'Éducation nationale.

La contractualisation définit les modes de relations avec l'hôpital

Cela réalisera une typologie des patients pris en charge en proximité, jusqu'à quel point de leur évolution et dans quelles conditions. Cela implique une communication efficace, quasi en temps réel, dont les buts sont nombreux : prise de rendez-vous, entrées directes quand les patients sont connus du service, demande d'examen ou de traitement programmé, conseil diagnostique et thérapeutique... Cette communication peut se faire par messagerie sécurisée avec engagements mutuels quant à la réactivité. Le patient hébergé en MAD passerait selon les besoins aigus à l'hôpital, dans le service correspondant contractuel du territoire, pour les besoins du patient. À terme, le temps d'hospitalisation devrait pouvoir être optimisé, permettant des diminutions de lits d'hospitalisation, favorisant le maintien à domicile. Les services hospitaliers entrant dans cette politique devraient être volontaires et incités même financièrement à la contractualisation. En fait, le patient serait toujours en hébergement mais celui-ci changerait de statut, le plus possible à son domicile et parfois, plus ponctuellement, à l'hôpital. La communication ville-hôpital, la coordination du parcours du patient, la prise en charge et la fluidité de celle-ci seraient améliorées. ✈

Les collectivités locales, partenaires de l'organisation territoriale des parcours de santé

Christophe Bernard
Secrétaire général,
Assemblée
des communautés
de France

Les actions des collectivités locales en matière de santé sont hétérogènes, elles ne sont manifestement pas conçues pour faire pièce à la construction de parcours de santé. Elles découlent en premier lieu de missions obligatoires concernant les départements. Ces derniers sont, à ce titre, positionnés sur le médico-social (protection maternelle et infantile, accès aux soins des personnes démunies par exemple, campagne de vaccinations) plutôt que strictement sur le domaine de la santé. Ce cantonnement par les missions obligatoires est cependant largement dépassé compte tenu de l'importance que revêt la santé pour nos concitoyens et des invitations de l'État à participer à la prévention et à l'amélioration de l'accès aux soins sous diverses formes. Les approches par publics, les initiatives localisées impulsées par des élus sensibilisés au sujet ont contribué à installer une action publique locale dont le point d'entrée majeur est le territoire ou les publics du « ressort » de la collectivité.

Le parcours de santé vise à une continuité de prise en charge de patients. Son organisation implique le

territoire. Il est ainsi fréquemment question « d'être au plus près du domicile et des besoins du patient », « d'établir une chaîne locale solide de soins pour éviter l'hospitalisation » ou encore de « coordination locale d'appui ». Les expérimentations portées dans les parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie ont comme point d'entrée commun un « diagnostic de territoire ». Or l'approche territoriale est consubstantielle aux collectivités du bloc local (communes et leurs groupements).

Les actions des communes et communautés (de communes, d'agglomération, urbaines, métropole), sans être nécessairement conçues autour du parcours de santé, peuvent néanmoins être rapportées à cette logique. Nous le proposons ci-après en abordant les éléments déclencheurs-mobilisateurs des collectivités, puis l'accès aux soins et la prévention, pour conclure par les contrats locaux de santé (CLS). Ces contrats pourraient, en effet, s'ils étaient largement promus et développés, constituer des contributions majeures à la coordination des acteurs attendue dans le cadre des parcours de santé.

La mise en action des collectivités

Sans retracer une genèse de l'action locale en matière de santé, il n'est pas inutile d'identifier quelques-uns des vecteurs mobilisant les collectivités sur la santé.

Si les sondages, baromètres et autres mesures de l'opinion positionnent comme première préoccupation des Français les questions économiques, la santé et la qualité des soins arrivent régulièrement en deuxième position¹. Aussi, les élus sont sensibles à cette inquiétude qui s'exprime lors de contacts directs avec leurs concitoyens ou qui est puissamment relayée lors d'accidents sanitaires exceptionnels à forte résonance médiatique². Aujourd'hui, plutôt poussée par des événements provenant des territoires ruraux enclavés, la question de l'accès aux soins n'est pas nouvelle et a d'abord été, au plan temporel, prise en charge dans des espaces urbains notamment par le développement de centres de soins déployés par des municipalités et des conseils généraux.

Parmi les événements majeurs ayant mobilisé la sphère des collectivités locales aux côtés des milieux médicaux, il convient de rappeler l'épisode de canicule de l'été 2003. Les conséquences majeures sur la population de cet événement climatique exceptionnel ont placé en alerte l'ensemble des responsables publics les interpellant sur leur rôle. La surmortalité des personnes âgées a révélé des angles morts : le défaut de liens de solidarité, la faiblesse de la prévention vis-à-vis de ces personnes, les effets puissants de la dégradation de la qualité de l'air... Autant de phénomènes qui concernent directement les collectivités locales.

Préoccupation du corps social, actualité défrayant la chronique médiatique ou catastrophes nationales sont autant de forces de rappel agissant sur les élus locaux, les invitant à s'engager sur l'accès aux soins, sur la prévention ou dans la coordination des acteurs.

Connecter les actions locales « d'accès aux soins » et les parcours de santé

L'attention des élus locaux se traduit particulièrement, ces dernières années, en matière d'accès aux soins, par l'organisation de la présence physique de professionnels de santé. Les initiatives sont foisonnantes en la matière, voire dispersées. Les conseils régionaux et généraux s'engagent auprès des jeunes suivant des formations médicales pour leur donner le goût d'une installation sur des sites peu prisés. Des bourses complémentaires, des financements de stage sont proposés. Les communes et intercommunalités, encouragées par le gouvernement (cf. annonces sous les gouvernements Fillon puis Ayrault de financements spécifiques) se lancent dans la construction de maisons de santé pluridisciplinaire (MPS). Si le bien-fondé de ces initiatives est indiscutable, leur engagement

mériterait d'être systématiquement précédé d'une réflexion menée avec les autorités et professionnels de la santé dans le cadre, par exemple, des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) sur le plan des principes ou des conférences de territoire de santé (CdT) sur le plan opérationnel. La floraison de MSP a un moment fait craindre une sorte de syndrome « à chacun sa salle polyvalente » des années 1970-1980 (construction dans des communes limitrophes d'équipements de même nature, surdimensionnés, aboutissant à des sous-utilisations). Le déploiement de MSP et de bourses mériterait une appréciation d'ensemble, supra locale, intégrant les différents acteurs du soin. Les interactions secteur public local-santé publique devraient être davantage pensées à l'amont.

Le meilleur moyen d'éviter la dispersion d'initiatives sur l'accès aux soins repose sur l'association des collectivités locales à la construction de parcours de santé. La culture « santé » des élus relève jusqu'à présent davantage d'une sensibilité liée à une expérience personnelle que d'une information-formation dont ils seraient la cible. Il en découle des initiatives portées par la bonne volonté individuelle plutôt que d'une implication dans des démarches visant à identifier des points de rupture dans les parcours de santé.

Les conférences citées précédemment (CRSA, CdT) pourraient être un lieu de rencontre élus-professions de santé pour rattacher initiative locale et parcours de santé. En l'état, ces lieux de dialogue sont avant tout marqués d'une incompréhension. Des retours des représentants des intercommunalités siégeant dans les instances des ARS il ressort des constantes parmi lesquelles l'absence d'accueil spécifique des élus visant à les intégrer dans les conférences et à leur permettre de s'approprier les sujets. Les élus font part de leur désarroi lorsqu'ils doivent intégrer un jargon technique semé de sigles inconnus et s'immerger dans des problématiques non familières. Le rythme effréné de réunions imposé par les agences régionales de santé (ARS) à leur installation sur des thématiques parfois vécues comme loin des préoccupations des territoires a également généré de la désaffection du côté des élus. Le décalage a été vécu moins durement dans le cadre des conférences de territoire, les sujets sont plus en prise avec le terrain et les élus y ont davantage de poids du fait notamment des conseils généraux. Cependant, l'écart entre les échanges dans ces instances et les réorganisations qui s'opèrent sur le terrain, sans qu'elles soient évoquées en conférence, a entraîné de la frustration. Le renouvellement, consécutif aux élections locales de mars 2014, des représentants du bloc local (communes-intercommunalités) au sein des CRSA et CdT ouvre une occasion d'accueillir effectivement les nouveaux élus en reliant leurs préoccupations à la démarche de parcours de soin. La prise de contact pourrait couvrir l'accès aux soins mais aussi la question de la prévention.

1. Baromètre des préoccupations des Français, TNS Sofres, décembre 2012.

2. *Le Monde*. 21 octobre 2012, « L'accouchement dramatique dans le Lot relance le débat sur les déserts médicaux ».



Prévention tous azimuts

Les communes et leurs communautés sont au contact de publics spécifiques (jeunes, femmes, populations issues de l'immigration, personnes âgées, etc.) dans des cadres multiples (organisation du temps scolaire, services à domicile, programmes sociaux sur des quartiers défavorisés, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad...). Ces différents cadres permettent d'intégrer une dimension de prévention en relation avec la santé. Ainsi, l'intervention dans des quartiers défavorisés peut comporter des actions d'éducation sanitaire sur divers registres : diffusion de campagne de vaccinations ou de dépistage, lutte contre des addictions, promotion de soins, conseils nutritionnels... La portée de ces interventions est multiple. Au-delà de l'élévation du niveau sanitaire, elles contribuent à une meilleure intégration sociale et à faciliter l'insertion culturelle et professionnelle. Vis-à-vis des personnes âgées, les points de rencontre ne se limitent pas aux Ehpad, le service à domicile (livraison de repas, aides sociales et ménagères, etc.), l'appui aux associations de personnes âgées peuvent être des vecteurs contribuant à une prévention déterminante pour ce public. Les personnels en charge de ces services en sont conscients et sont le relais de campagnes nationales ou régionales de prévention.

Si le fil entre action de prévention des collectivités et parcours de santé n'est pas officiellement tracé, recensé, il est indéniable.

Le contrat local de santé, clé d'une intervention structurée et partagée

Le contrat local de santé (CLS) paraît être le meilleur moyen d'échapper à l'impression d'éparpillement que peut laisser le foisonnement d'initiatives locales. Les

CLS doivent s'établir à l'intersection des compétences des ARS et des actions des collectivités. Il s'agit de décliner les orientations du projet stratégique régional de santé en proximité. L'approche globale des CLS, adossée à un diagnostic territorial de santé, oriente la prise en charge du contrat vers des structures en capacité d'organiser des actions de son ressort ou de couvrir les différentes facettes de la santé et du médico-social, d'intervenir sur les politiques touchant l'état de santé des populations (environnement, habitat, transport...). Les déterminants de la santé découlent de nombreuses politiques locales et de questions sociales. Les contrats peuvent viser certains de ses déterminants et s'intéresser aux questions sociales, aux transports, à l'habitat, à l'éducation...

En ces temps budgétaires contraints, il serait préférable que les actions des collectivités et celles des professionnels publics ou privés de santé s'entrecroisent plutôt qu'elles ne se juxtaposent. La jonction n'est pas évidente à assurer, elle serait pourtant garante d'une efficacité renforcée des moyens mobilisés par les uns et les autres. Les politiques nationales de santé répondent à une logique de filière plutôt verticale, elles ont pour fondement majeur la préservation d'un « capital » individuel et national. Elles ciblent des populations dont la prise en charge n'est pas toujours territorialisée. Parallèlement, les collectivités considèrent la santé à l'aune de leurs compétences et au regard de leurs contours géographiques. Le cadre normatif des CLS suffisamment souple permet d'être innovant sur les domaines traités et sur les actions envisagées. Aussi, ces contrats pourraient être largement déployés garantissant le lien entre logiques verticale et territoriale. Le parcours de santé en tracerait alors le fil rouge, agissant comme un liant entre collectivités et secteurs de la santé. ✧

Prise en charge des personnes âgées dans les Hautes-Pyrénées

Monique Cavalier
Directrice générale
Thierry Godet
Responsable
du département
du 1^{er} recours
Vincent Drochon
Chargé de
communication
ARS Midi-Pyrénées

Le vieillissement de la population est au cœur des préoccupations de l'agence régionale de santé en Midi-Pyrénées. Un dispositif expérimental Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est lancé sur l'ensemble du département des Hautes-Pyrénées pour améliorer le parcours de santé des plus de 75 ans. La feuille de route prend appui sur des préoccupations de la vie courante pour ces personnes âgées : rester en sécurité à domicile, éviter les hospitalisations, limiter les risques liés aux médicaments...

La région Midi-Pyrénées est attractive... mais vieillissante. La part des habitants de 75 ans et plus y est de 10,4 % (8,9 % en France). La dynamique de la

métropole toulousaine masque un fort vieillissement des départements ruraux qui l'entourent. L'indice de vieillissement (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) se situe en moyenne à 83,5 dans la région contre 68,6 pour la France métropolitaine. Il est de 59,9 en Haute-Garonne, mais il atteint 114,1 dans le Gers et 119,1 dans le Lot).

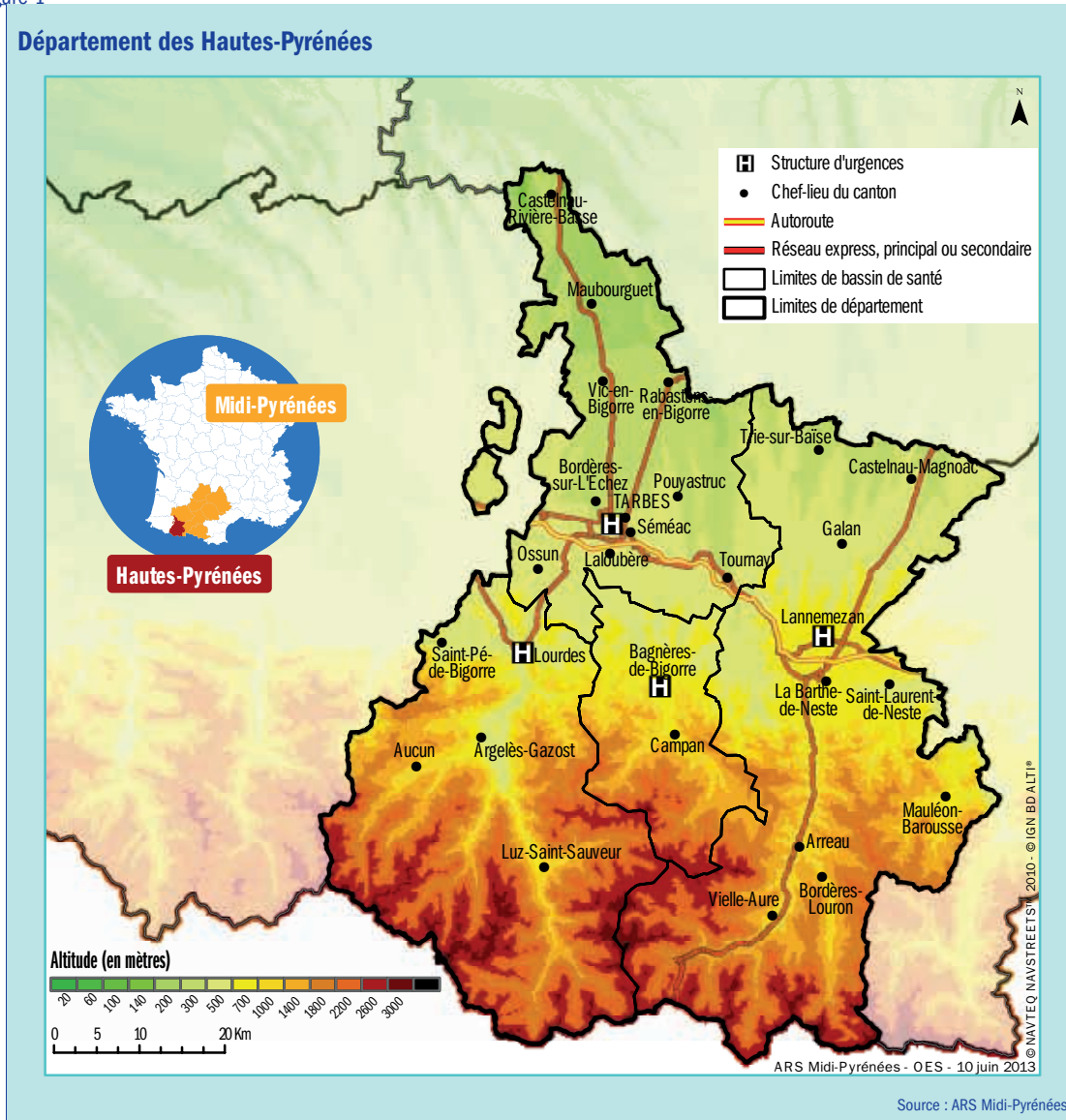
Pour ces personnes âgées, le parcours de santé se heurte parfois à des difficultés très pratiques dans la vie quotidienne. Ces dysfonctionnements dans la prise en charge peuvent fragiliser la vie de ces patients, et ces points de rupture peuvent entraîner une perte d'autonomie. L'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées en a fait une priorité de son projet régional de santé.

Elle a été retenue dans le cadre d'une expérimentation nationale pour déployer des actions innovantes qui facilitent le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Pour Monique Cavalier, directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées, « Nous avons beaucoup travaillé sur cette problématique pour les aînés, nous avons donc dégagé des pistes opérationnelles. Jusque-là, ces projets n'étaient pas mis en œuvre et évalués à l'échelle d'un département. L'expérimentation Paerpa nous permettra probablement de les mettre en cohérence sur l'ensemble des Hautes-Pyrénées et d'aller plus loin. »

Parmi ses atouts, la région Midi-Pyrénées bénéficie déjà d'une forte mobilisation sur la gérontologie et la prise en charge des personnes âgées, grâce à l'impulsion

novatrice du Pr Vellas, missionné par le ministère de la Santé à partir du Gérontopôle toulousain. Une équipe régionale et huit équipes territoriales sont déployées dans chaque département pour aider les professionnels dans la détection de la fragilité des personnes âgées, la prévention de la dépendance induite par les soins, la coordination des différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées. Cette démarche contribue à identifier précocement les personnes en risque de perte d'autonomie et à mettre en place les plans personnalisés de santé adaptés et évolutifs. Elle mobilise tous les acteurs du territoire de santé qui interviennent auprès des personnes âgées, que ce soit dans les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social ou social. Cette dynamique collective est coordonnée et partagée.

figure 1





Une mobilisation opérationnelle à l'échelle d'un département

Le projet mené dans les Hautes-Pyrénées bénéficie aussi de la qualité des partenariats établis entre l'agence régionale de santé et les acteurs locaux, à commencer par le conseil général. Cette volonté d'échanges s'est déjà illustrée dans le domaine médico-social, par exemple pour le déploiement du plan Alzheimer. L'ARS Midi-Pyrénées a donc naturellement mobilisé tous ses partenaires de santé pour la mise en œuvre du projet Paerpa sur ce territoire des Hautes-Pyrénées. La lettre d'engagement a été signée le 28 octobre 2013 par l'ensemble des représentants des organismes d'assurance maladie et de retraite (CPAM, Carsat, MSA, RSI...), des unions régionales des professionnels de santé (URPS des médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes), ainsi que des usagers (Corerpa). C'est une étape qui a marqué le lancement opérationnel du projet.

Le département compte 27 500 personnes âgées de plus de 75 ans (13 % de la population). Presque 38,5 % d'entre elles vivent seules à leur domicile. Dans ce département rural et montagneux, la densité moyenne de population est très hétérogène entre agglomérations et fonds de vallée. Le profil de la population dans le bassin de santé de Lannemezan est à 99,7 % rural, alors qu'il est à 86 % urbain dans l'agglomération de Tarbes. Pour assurer la prise en charge des personnes âgées, les professionnels de santé libéraux, les services d'urgence et les nombreux établissements médico-sociaux constituent un maillage serré du territoire : deux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), six centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC), trente-cinq établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad), cinq équipes mobiles gériatriques et un réseau de santé territorial (Arcade).

Pour préserver l'autonomie des personnes âgées, l'expérimentation s'articule concrètement autour de trois grands axes de travail :

- le maintien à domicile : par le développement, la coordination clinique de proximité, le suivi à domicile, la sécurisation des sorties d'hospitalisation ;
- les hospitalisations : moins souvent, moins en urgence, moins longues ;
- la consommation de médicaments : moins de poly-médication pour réduire les risques d'interactions médicamenteuses.

Sécuriser le maintien à domicile

Le premier axe du projet dans les Hautes-Pyrénées vise à sécuriser le maintien à domicile. Il prend appui sur la coordination clinique de proximité autour du médecin traitant, en mettant l'accent sur le suivi à domicile et la phase très particulière de la sortie d'hospitalisation. L'objectif est de mieux coordonner l'intervention des différents acteurs, médicaux, médico-sociaux, voire sociaux autour de la prise en charge des personnes

âgées. L'enjeu c'est également que cette coordination n'incombe pas à l'utilisateur lui-même ou à ses proches, mais qu'ils bénéficient véritablement de la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé. Cette démarche permet d'aborder la problématique posée pour chaque patient et de mettre en œuvre les actions adaptées à chaque cas.

Très concrètement, cet axe de travail se traduit par exemple par un élargissement des plages horaires d'intervention des services de soins infirmiers à domicile, en particulier en soirée. C'est l'occasion de sécuriser l'importante étape du coucher de la personne âgée, mais aussi de vérifier la prise des médicaments ou du dîner. À terme, cette organisation sera aussi concertée entre intervenants selon les attentes du patient, soit pour regrouper davantage les visites successives de l'aide-soignante et de l'infirmière auprès d'une même personne, soit pour les étaler au fil de la journée et veiller ainsi à une présence régulière. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) seront également renforcés pour soutenir au niveau social la coordination clinique de proximité entre professionnels.

Réduire les hospitalisations évitables et en limiter les conséquences

Le deuxième axe porte sur les hospitalisations, qui peuvent fragiliser la vie courante des plus de 75 ans. L'expérimentation vise d'abord à travailler sur la réduction des hospitalisations en urgence. L'objectif consiste à ce que ces hospitalisations soient plus courtes, programmées, réservées au moment où elles sont réellement nécessaires, en évitant si possible le passage aux urgences.

En pratique, le plan d'action prévoit par exemple de développer des formules d'hospitalisation à temps partiel qui évitent aux patients âgés de rester dormir à l'hôpital. Les examens et bilans hospitaliers sont dans ce cas programmés à l'avance et regroupés pour n'engendrer qu'un seul déplacement de la personne âgée en journée.

La difficulté du retour à domicile après une hospitalisation est également au cœur de toutes les attentions dans le cadre de Paerpa. Des solutions d'hébergement temporaire en établissements médico-sociaux sont prévues au plan national pour proposer aux patients un hébergement sécurisé nécessaire à la transition avant le retour à domicile. Cette expérimentation sera élargie dans les Hautes-Pyrénées pour identifier cinq places d'hébergement temporaire dédiées à des situations d'urgence, en particulier pour des raisons sociales (par exemple lorsque c'est un aidant qui est hospitalisé). Ces places seront réparties sur les quatre bassins de santé du département. Un autre dispositif d'accueil de nuit temporaire en Ehpad sera lui aussi expérimenté. Pour faciliter ces alternatives à l'hospitalisation et optimiser la prise en charge, un numéro de téléphone « Allo personnes âgées » sera accessible sur l'ensemble du

département. Il permettra au médecin traitant d'avoir directement accès à l'expertise d'un gériatre face à une situation complexe.

Le partenariat de l'assurance maladie sera un atout important pour anticiper et organiser la sortie du patient dès son entrée à l'hôpital. Un programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) sera expérimenté pour les personnes âgées dans les Hautes-Pyrénées. Chaque patient sera accompagné par un coordonnateur médico-social pour organiser très concrètement son retour à domicile, en lien avec les acteurs de proximité.

Limiter les risques liés aux médicaments

Enfin, le troisième axe de travail tourne autour du médicament. L'objectif est de progresser sur le toilettage des ordonnances et la polymédication, afin que la vigilance de tous les acteurs de la chaîne de soins soit accrue et que les personnes âgées soient moins confrontées aux risques d'iatrogénie médicamenteuse. Les pharmaciens d'officine apportent leur expertise dans ce domaine, en lien avec les services hospitaliers, pour veiller au respect des bonnes pratiques.

En complément, des actions préventives sont prévues pour agir en priorité sur le risque de chute, la dépression et la dénutrition. Des actions d'éducation thérapeutique pourront être mises en place. Le soutien aux aidants

figure enfin parmi les objectifs incontournables de l'expérimentation en cours.

En synthèse : une meilleure communication entre les acteurs pour une action plus efficace

L'ensemble de ces actions fera appel à un renforcement des outils d'échanges d'informations entre tous les intervenants autour de chaque personne âgée. L'un des problèmes fréquemment rencontrés aujourd'hui concerne la visibilité des places en établissements sanitaires ou médico-sociaux. Les partenaires du projet Paerpa y travaillent dans les Hautes-Pyrénées, par exemple pour généraliser l'usage de l'outil Trajectoire qui facilite l'orientation des patients issus des services de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) vers une place en soins de suite et de réadaptation (SSR). La messagerie sécurisée est aussi au centre des préoccupations, pour en faire au quotidien l'outil central d'échanges d'informations entre les professionnels de santé qui interviennent autour des mêmes personnes âgées. L'élaboration de plans personnalisés de santé sera connecté au dossier médical personnel de chaque patient. Ce système d'information partagé permettra de consolider l'évaluation de cette expérimentation grande nature à l'échelle du département des Hautes-Pyrénées. ✧

Nord-Pas-de-Calais : le parcours des patients atteints de cancers

Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs multiples : du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'État et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont une notion temporelle (prendre en charge tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).

Dans un contexte de besoins croissants de soins de proximité et de soins hospitaliers gradués, mais aussi de coordination entre les soins de proximité et les soins plus spécialisés, le territoire apparaît comme un outil essentiel permettant de structurer une prise en charge globale de la population entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, visant à placer l'individu, l'usager des soins, au centre de la prise en charge. L'objectif est ambitieux car il doit permettre non seulement la réponse à des soins aigus de qualité, mais aussi le suivi d'une pathologie dans la durée, et non leur opposition.

C'est le rôle qui a été dévolu aux agences régionales de santé (ARS) en leur confiant non seulement

la définition des territoires de santé, permettant des soins de proximité jusqu'à des soins de recours très spécialisés, mais aussi en leur donnant la possibilité d'utiliser des outils de planification et de coopération revisités au travers de la loi HPST.

Comment une ARS peut-elle organiser un parcours de santé dans ce contexte ? Nous allons tenter de répondre à cette question à travers l'exemple du parcours des patients atteints de cancer.

Trois plans cancers nationaux ont été élaborés depuis 2007. Leur déclinaison s'est traduite, dans la région Nord-Pas-de-Calais, par l'élaboration d'un programme régional spécifique intégré dans le projet régional de santé (PRS) 2012-2016 de l'ARS. La mise en œuvre des orientations nationales est en effet particulièrement justifiée dans la région au regard du contexte épidémiologique défavorable. C'est pour les cancers des voies aéro-digestives que la situation régionale est très préoccupante. Le Nord-Pas-de-Calais présente ainsi le taux d'incidence le plus élevé en France métropolitaine, tant chez l'homme que chez la femme [35]. Ces cancers présentent des caractéristiques. Ils sont plus fréquents chez les personnes socialement défavorisées et associés

Jean-Yves Grall

Directeur général

Isabelle Loens

Médecin chargée de mission thématique cancer

Agence régionale de santé du

Nord-Pas-de-Calais

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



le plus souvent à une intoxication alcool-tabagique. La survie de ces cancers est péjorative de par leur diagnostic réalisé à un stade avancé de la maladie [28]. La prise en charge des patients est complexe en raison de la nature des traitements qui sont proposés (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie selon les cas) et des séquelles potentielles (risque de dénutrition, altération de la fonction de phonation...).

Diagnostic précoce et prise en charge des cancers de la cavité buccale : une démarche de parcours de santé

Les cancers des voies aéro-digestives figurent parmi les cinq cancers prioritaires retenus dans le programme régional cancers. C'est dans ce cadre que l'ARS a mis en place des actions favorisant la cohérence et la fluidité des parcours de santé. Parmi elles, le projet de repérage précoce des cancers de la cavité buccale engagé dans le territoire de l'Artois-Douais illustre une démarche de parcours de santé.

Les objectifs de cette expérimentation sont doubles : d'une part, augmenter le nombre de diagnostics à un stade précoce parmi la population en situation de précarité et, d'autre part, améliorer la durée et la qualité de vie des patients. Il est mis en œuvre dans deux zones de proximité, celles de Béthune-Beuvry et de Lens-Hénin, rassemblant plus de 661 000 personnes. Le projet repose sur une stratégie d'actions multiples : sensibilisation de la population et formation des professionnels de santé sur les signes d'appel ; intervention d'une infirmière dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), dans les épiceries sociales et les Restos du cœur pour repérer les personnes à risque sur la base des signes d'alerte ; organisation d'une filière de prise en charge rapide avec les médecins ORL de Lens et Béthune (numéro d'appel téléphonique dédié et réservation de créneaux de consultation dédiés) ; accompagnement infirmier (consultation ORL, examens complémentaires, réunion de concertation pluridisciplinaire, anesthésie, radiothérapie, visite en hospitalisation et visite à domicile) ; réorientation vers les dispositifs adaptés (service social, consultation dentaire, consultation en addictologie) ; articulation avec le médecin traitant.

Ce projet expérimental s'inscrit dans une logique de parcours de santé avec : la globalité de la prise en charge, la coordination des acteurs de la prévention, du sanitaire et du social et la prise en compte de facteurs déterminants de la santé. Il en découle plusieurs enseignements.

Il s'agit d'une approche centrée sur une pathologie, le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS), dans une population spécifique, les personnes en situation de précarité. Dans cet exemple de parcours, la porte d'entrée thématique n'exclut pas une porte d'entrée populationnelle. Le croisement entre les approches par pathologie et par population existe dans d'autres démarches de parcours. C'est le cas de l'oncogériatrie

qui fait intervenir les professionnels de la cancérologie et de la gérontologie pour adapter la stratégie thérapeutique aux spécificités des personnes âgées atteintes de cancer.

Une expérience qui s'appliquera à d'autres pathologies

Après quatre ans de fonctionnement, il est possible de modéliser le parcours afin de disposer d'un outil transposable à d'autres territoires voire à d'autres pathologies. Ce travail, qui va être conduit par l'ARS, doit permettre de dégager les critères à prendre en compte pour bâtir un parcours efficient respectant la globalité de la prise en charge et fondé sur la coordination des professionnels.

Dans cette modélisation, la notion de territoire est incontournable [52] pour permettre la prise en compte de deux facteurs : la proximité et le travail partenarial. La proximité des services est en effet indispensable pour favoriser l'adhésion des patients au parcours et limiter les points de rupture. Dans le projet de repérage précoce des cancers des VADS, la proximité est d'autant plus nécessaire qu'elle concerne une population en situation de grande vulnérabilité avec perte des repères dans le temps et dans l'espace. Le partenariat entre les acteurs du soin et du social, de la ville et de l'hôpital est également indispensable pour faciliter le travail de coordination. Dans le cas de l'expérimentation, la limitation du territoire à une zone de proximité favorise le partenariat.

Tout parcours de santé doit répondre à une exigence de qualité, de sécurité et d'accessibilité de la prise en charge. La place de l'ARS est alors essentielle pour organiser une offre de qualité dans un contexte fréquent de raréfaction des professionnels de santé. La mise en œuvre, par l'ARS, des critères qualité qui s'imposent en cancérologie, y contribue à travers : la délivrance des autorisations de soins aux établissements qui présentent une activité conséquente ; le développement de la pluridisciplinarité à travers le renforcement ou la mutualisation des personnels et le recours à des outils tels que la visioconférence ou de manière plus large la télémédecine ; l'accès à des soins de support à travers le financement de dispositifs spécifiques à la région (espaces ressources cancers, projet de repérage précoce des patients présentant un cancer digestif ou ORL). Le travail de planification réalisé par l'ARS participe aussi à la mise en place d'une offre de proximité articulant la prévention, le curatif et l'accompagnement des patients après la maladie voire le palliatif. Ce travail constitue le fondement du PRS et des schémas d'organisation qui le composent.

L'approche spécifique menée dans le Nord-Pas-de-Calais autour du repérage précoce des cancers de la cavité buccale chez les personnes en situation de précarité soulève la question de son extension. Certes, tout patient tirera bénéfice d'une meilleure organisation de son parcours de santé grâce notamment à une meilleure coordination des intervenants autour du médecin traitant. La réponse ne pourra cependant pas reposer sur un

modèle unique de prise en charge globale, coordonnée et intégrée basé sur une structure de coordination. C'est ainsi que l'infirmière de coordination testée lors de l'expérimentation du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer pilotée par l'INCa, n'a pas été jugée généralisable. Il a donc été décidé

de poursuivre l'expérimentation en ciblant le dispositif sur les situations complexes qui restent à définir. Dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, il sera sans aucun doute indispensable de réfléchir à la coordination en termes d'outils et pas seulement en termes de structure. ✈

Parcours de soins et maisons de santé

L'organisation des soins primaires sur les territoires continue d'être marquée, en France et dans d'autres pays, par le regroupement de professionnels en maison de santé. L'activité de l'équipe se coordonne autour d'un système d'information partagé. Elle se décrit dans un projet de santé adopté par les professionnels de l'équipe. De quelques dizaines en 2010, l'Observatoire de la Direction générale de l'offre de soins indique que plus de 1 000 maisons de santé seront en fonctionnement en 2015. L'engouement des professionnels se poursuit pour cette forme d'exercice.

La pratique des soins primaires en maison de santé se trouve modifiée dans son organisation du fait du travail en équipe. Passé le temps de l'observation réciproque entre les différentes catégories professionnelles, puis l'excitation de la protocolisation (parfois outrancière...), les professionnels se recentrent sur l'objet essentiel de leur pratique coordonnée : les patients en situation complexe, que celle-ci relève du domaine sanitaire, psychosocial, socio-environnemental, voire des trois. L'équipe est « mature ». Si les patients en situation complexe représentent en moyenne 10 % d'une patientèle de médecin généraliste, ils nécessitent beaucoup de temps de soins et de coordination interprofessionnelle. L'objectif de cette coordination est d'améliorer la qualité de leurs soins et éviter des hospitalisations. Le fait de travailler en équipe mature permet non seulement de repérer les patients en situation difficile ou complexe, mais de déclencher un renforcement des soins auprès du patient dans une nouvelle dynamique de coordination. Le modèle Esprec (équipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe) en est un exemple, réunissant médecin, pharmacien et infirmière du patient pour établir un plan personnel de santé (PPS) en équipe.

C'est un parcours de soins en soins primaires.

Cette activité en équipe est stimulante par les échanges entre professionnels. Elle pousse à plus d'organisation et aussi à plus de qualité dans le parcours. La question de l'entrée dans le parcours de soins est tout particulièrement traitée par ces équipes, donnant lieu à des réponses pluriprofessionnelles. Exemple : que faire face à un nouveau patient diabétique après diagnostic et annonce par le médecin ? La solution passera sans doute par une prescription de séances de soins infirmiers pour un entretien d'analyse de la compréhension du patient de sa

pathologie, de sa motivation à se soigner et si nécessaire de séances d'éducation thérapeutique. La diététicienne sera mise à contribution. Autre exemple : que faire pour un patient en insuffisance rénale chronique ? La solution passera sans doute par un partage d'informations avec le pharmacien et des prescriptions citées ci-dessus pour infirmière et diététicienne. Tout ceci, bien entendu, sous réserve de l'accord du patient.

Pour aider les équipes à se structurer, une « matrice de maturité », référentiel d'analyse et de progression, a vu le jour. À partir d'une première trame de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) inspirée d'un travail d'Elwyn (Cardiff), un outil français a été produit par un groupe de travail à la Haute Autorité de santé (HAS) auquel ont participé la FFMPS, la Fédération nationale des centres de santé et la Conférence nationale des unions régionales des professionnels de santé médecins libéraux. Des éléments de ce référentiel concernent le parcours de soins des patients : accès aux soins, coordination avec les acteurs du territoire ou encore implication des patients.

Une fois que l'équipe de soins primaires est structurée, le parcours de soins avec les autres acteurs du territoire est facilité, que le parcours concerne l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services d'hébergement hospitaliers, les services sociaux ou tout autre acteur. Chaque rencontre de l'équipe avec les autres acteurs du territoire permet de réfléchir à une protocolisation du parcours des patients concernés par les activités de ces acteurs. Recréer du lien entre acteurs sur un territoire rend plus fluide les parcours de soins des patients.

La protocolisation des parcours entre ces équipes définit les modes de communication et les demandes respectives des intervenants du parcours pour apporter les meilleurs soins. Des technologies comme la télémédecine peuvent être utilisées pour obtenir des avis auprès d'experts en économisant le déplacement du patient. Les conditions du retour à domicile après hospitalisation sont améliorées, l'équipe hospitalière ayant des correspondants structurés avec une équipe pluriprofessionnelle de soins primaires. Il y aura un moindre risque de réhospitalisation précoce des patients. De même, le lien avec le secteur social est renforcé, tant une équipe crée mieux les conditions du lien qu'un professionnel isolé. ✈

Pierre de Haas
Président de la Fédération française des maisons et pôles de santé