

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