

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