



# Regards croisés sur le déploiement des parcours

L'augmentation des pathologies chroniques nécessite d'assurer la continuité des prises en charge dans des parcours. Un grand nombre de pays s'attachent à développer cette coordination avec des stratégies propres.

## Stratégies de mise en œuvre des parcours de santé

### Rémy Bataillon

Adjoint au directeur  
de la Direction de  
l'amélioration de  
la qualité et de la  
sécurité des soins

### Michel Varroud-Vial

Chef de service des  
maladies chroniques

### Florence Maréchaux

Chef de projet  
Haute Autorité  
de santé

Les maladies changent... La transition épidémiologique est marquée par les maladies chroniques : 15 millions de personnes dont 9 millions en affections de longue durée (ALD), une croissance « naturelle » corrélée à la pyramide des âges.

Les patients changent... Ils deviennent « sachant ».

Les étudiants et les professionnels changent... Ils se satisfont de moins en moins d'un exercice isolé qui valait pour les maladies aiguës mais qui n'est pas adapté à la prise en charge des patients chroniques souffrant de plusieurs problèmes médicaux, psychologiques et sociaux. Ils aspirent à un exercice pluriprofessionnel, coordonné et protocolisé.

Ces changements suscitent l'émergence de nouvelles pratiques et de nouvelles organisations des soins qui concrétisent la « médecine de parcours » telle que l'a décrite le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), en lieu et place d'une succession d'actes ponctuels et indépendants [30]. L'objectif est d'optimiser les parcours dans le cadre de dépenses maîtrisées, en se focalisant sur les personnes dont les situations sont les plus complexes et sont sources de consommations de soins et de morbidités importantes.

Toutefois, il convient de s'assurer que ces changements aboutissent à des prestations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées autour du patient. Cela nécessite d'identifier les pratiques et les stratégies efficaces. Dans cette perspective, la HAS a réalisé une analyse de la littérature scientifique, support de ces différentes productions. Cette problématique est partagée par la plupart des pays et fait l'objet de nombreuses initiatives qui portent avant tout sur la structuration des soins primaires, le développement des systèmes d'information partagé, de nouvelles modalités de financement ou encore des démarches d'intégration des acteurs [6, 9, 12, 13, 43, 47, 48]. Dans ce cadre, le *Chronic Care Model* est souvent pris comme modèle de référence.

### De nouvelles pratiques cliniques

La « médecine de parcours » suit une démarche clinique commune à toutes les pathologies chroniques et populations à risque :

- repérer les situations complexes ;
- évaluer la personne dans toutes ses dimensions ;
- se concerter entre professionnels et négocier avec la personne en tenant compte de ses priorités ;

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

- planifier les interventions, identifier les intervenants et désigner un référent ;
- suivre l'effectivité des interventions ;
- réévaluer les résultats obtenus à la date prévue ou en cas d'alerte, et décider de la suite.

Cette démarche suppose une pratique coopérative non seulement entre médecins mais aussi avec l'ensemble des soignants et professionnels sociaux concernés. Elle correspond également à la pratique des *case managers*, ou en France des assistants de parcours/gestionnaires de cas, mobilisés notamment par les réseaux de santé et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Elle s'incarne dans le plan personnalisé de santé (PPS) élaboré par la HAS<sup>1</sup>.

### Des stratégies pour rendre possibles ces pratiques

Ces stratégies sont interdépendantes : le succès et la pérennité des stratégies visant les professionnels et les patients ne paraissent guère possibles sans changement associé de l'organisation des soins. Cela nécessite l'articulation d'initiatives aux différents niveaux d'organisation des soins : national, régional, territorial et local. Une autre condition du succès est l'adaptation des financements pour soutenir ces stratégies et les organisations qui en découlent.

Dans la suite de cet article, nous présentons plus en détail quelques-unes de ces stratégies.

### Intégrer les acteurs sanitaires et sociaux sur un territoire

L'objectif est de réduire la fragmentation entre services sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui fait obstacle à la prise en charge des personnes présentant une situation complexe en modifiant les règles qui régissent l'activité des acteurs (missions, gouvernance, référentiels, procédures, voire rémunérations) à la différence de la coordination qui vise à animer le mieux possible cette fragmentation. Dans ce cadre, l'intégration peut être définie comme un processus dynamique dont les principales composantes sont : une concertation formalisée à tous les niveaux, la désignation d'un pilote, la mise en place d'un guichet intégré apportant la même réponse quelle que soit la porte d'entrée à laquelle s'adresse la personne, l'utilisation d'un outil unique d'évaluation des personnes, la planification des parcours complexes, l'accès à des *case managers*, ou assistants de parcours, l'échange et le partage de données grâce au système d'information [22].

### Soutenir le développement du travail en équipe pluriprofessionnelle

L'organisation en équipe de santé primaire est incarnée par le modèle des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et celui, plus ancien, des centres de santé, mais peut prendre d'autres formes comme les groupes d'exercice coordonné (GECO). Leur développement est

un objectif prioritaire. Cependant, les données récentes sur l'évaluation des *Patient Center Medical Home* (PCMH) aux États-Unis, proches des MSP, sont hétérogènes [26, 55]. Au-delà des questions méthodologiques sur ces évaluations, elles montrent que l'exercice regroupé en soins primaires n'améliore les résultats des soins et ne réduit le recours à l'hospitalisation que sous certaines conditions. La mobilisation de l'ensemble des acteurs, soutenu par un leadership professionnel fort et le développement d'une culture pluriprofessionnelle autour d'un projet de santé, paraît un préalable. D'autres conditions sont de faire évoluer le travail des acteurs au sein de l'équipe pour apporter aux patients les prestations sanitaires, médico-sociales et sociales correspondant à leurs besoins, d'engager toute l'équipe dans une démarche qualité continue, de mettre en place une gestion spécifique des cas les plus complexes ou encore d'organiser des démarches d'éducation thérapeutique et de prévention.

### Promouvoir la participation active des patients

L'implication des patients dans la gestion de leur parcours de santé nécessite une attitude délibérée des soignants, qui ne se résume pas à l'éducation thérapeutique. Schématiquement, on peut distinguer quatre types d'interventions complémentaires : l'écoute et la prise en compte des priorités des patients, qui doit être systématique ; l'information et le conseil, qui s'adressent à tous les patients en s'assurant que le message a été bien reçu ; l'éducation thérapeutique, qui n'est nécessaire que dans certains cas et qui peut être délivrée soit sous forme d'une activité éducative ciblée en une session unique, soit sous forme d'un programme personnalisé échelonné dans le temps ; enfin, l'accompagnement des patients par des « personnes profanes », patients experts ou personnes de même culture, qui a montré son efficacité pour améliorer les résultats des soins dans des pathologies chroniques comme le diabète, l'asthme ou l'hypertension artérielle [1, 57]. La principale condition d'efficacité de ces interventions est d'être intégrée aux stratégies thérapeutiques et délivrée sur les lieux de prise en charge habituels.

### S'appuyer sur les fonctionnalités des systèmes d'information

Les pratiques et stratégies nécessaires à l'optimisation des parcours sont soutenues par les différentes fonctionnalités des logiciels métiers. Par exemple :

- La communication entre les professionnels, indispensable à la coordination des soins, est soutenue au sein d'une même structure pluriprofessionnelle (sur site unique ou non) par l'utilisation du même logiciel par l'ensemble de l'équipe avec un dossier patient commun dont les accès sont adaptés au métier. Entre deux structures de soins, l'échange d'informations repose sur la messagerie sécurisée, l'échange et le partage de données passe par le dépôt de documents standardisés dans le dossier médical (DMP) afin que

1. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa?xtmc=&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa?xtmc=&xtcr=1)



tout professionnel de santé autorisé ait accès à la bonne information quand il en a besoin (volet de synthèse médicale, document de sortie d'hospitalisation, etc.).

- L'identification de façon systématique, et en dehors de l'urgence de la pratique quotidienne, de groupes de patients pour lesquels un renforcement du suivi serait nécessaire est facilitée par l'extraction automatique, à partir du logiciel métier, de listes de patients en fonction de critères préalablement définis [23].
- L'aide à la décision et à l'orientation des patients conformément aux bonnes pratiques est facilitée par l'accès à des mémos et à des alertes dans les logiciels métiers en cours de consultation.
- L'analyse des résultats ou des processus de soins, de la qualité de la pratique est facilitée par les logiciels métiers qui permettent le calcul d'indicateurs de pratique clinique. Ces fonctionnalités supposent la structuration de quelques données clés pour chaque pathologie ou situation clinique et une politique volontariste de soutien à l'effort des professionnels pour les intégrer à leur exercice quotidien. Le programme *Meaningful use* aux États-Unis est un exemple d'une telle politique associant outils de conduite du changement, incitations financières et assistance technique [32].

### Organiser les fonctions d'appui

Les fonctions d'appui visent à aider les professionnels, d'une part dans le suivi sanitaire et social des patients, d'autre part dans l'organisation du travail pluriprofessionnel. Elles peuvent être mobilisées séparément en réponse à des besoins ponctuels ou combinées dans le cadre d'un accompagnement personnalisé et intensif des patients en situation complexe : on parle alors de *case management* ou « d'assistance au parcours ». L'assistance au parcours peut améliorer la qualité des prescriptions et l'autonomie des personnes âgées, réduire leur risque d'admission en Ehpad au prix d'une augmentation de la consommation de soins ambulatoires, et entraîne moins constamment leur recours à l'hospitalisation. Elle réduit le recours à l'hôpital des patients déments, ajourne leur placement en structures spécialisées et réduit les symptômes dépressifs chez leurs aidants. Elle diminue la douleur et la fatigue des patients atteints de cancer [33]. Plusieurs conditions d'efficacité sont identifiées : l'inscription dans une dynamique d'intégration territoriale, le ciblage des patients pouvant en bénéficier, l'aide à l'organisation des transitions hôpital-domicile, le transfert de savoir-faire aux professionnels de santé et leur réalisation par des acteurs positionnés comme des membres des équipes de santé primaire, quel que soit leur point de rattachement [50].

### Organiser la transition hôpital-domicile

L'objectif est de réduire le risque de réhospitalisation évitable à 30 ou 90 jours. Cela nécessite des interventions à trois niveaux : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie<sup>2</sup>.

Pendant l'hospitalisation, cela nécessite le repérage, dès l'admission, des personnes à haut risque de réhospitalisation (selon la pathologie mais aussi la présence de critères comme un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois, la préexistence d'une dépendance, la situation sociale...), un contact précoce avec le médecin traitant et les soignants du domicile, la réévaluation des pathologies et traitements, associé à l'éducation du patient et de son entourage [39].

Au moment de la sortie, la remise au patient d'un document contenant les renseignements indispensables à la continuité des soins doit devenir la règle. La HAS prévoit dans ce but une évolution de l'indicateur sur la qualité et le délai à J zéro de remise du document de sortie, qui seront effectifs dès 2016.

Après la sortie, un accompagnement du patient doit être organisé en lien avec le médecin traitant et sous sa responsabilité, assurant la poursuite des interventions entreprises à l'hôpital et en particulier de l'éducation thérapeutique.

Des interventions de ce type peuvent obtenir une réduction de 10 à 20 % du risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de polypathologies, qui peut être observé jusqu'à 6 à 12 mois. Les résultats les plus favorables sont obtenus chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Les deux tiers des interventions efficaces sont réalisées avec le concours d'infirmières qui supervisent la transition et suivent les patients après la sortie [41].

### Une méthodologie de mise en œuvre des parcours

Traduire la « médecine des parcours » dans la pratique suppose une stratégie explicite d'accompagnement du changement dont les agences régionales de santé ont vocation à être les maîtres d'ouvrage dans le cadre d'un *leadership* partagé [24]. L'enjeu principal est de faire évoluer les modalités de travail des professionnels vers un exercice en équipe (les regroupements pluriprofessionnels de soins primaires notamment) de telle sorte que les changements visés par cette « médecine de parcours » découlent de l'exercice quotidien des professionnels et soient pérennes. ✈

<sup>2</sup> Fiche points clés et solutions – Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées [http://www.has-sante.fr/portail/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1602733](http://www.has-sante.fr/portail/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1602733)