

Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé?

Réduire les ruptures dans les parcours de santé par le décloisonnement des pratiques professionnelles est la voie la plus sûre pour mieux soigner et mieux dépenser.

Alain Cordier

Membre du collège de la HAS, vice-président du CCNE, membre du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

Forts de bons résultats obtenus par la médecine « protocolisée », notre réflexion doit prendre en compte en premier la transition épidémiologique marquée par les maladies chroniques. Les situations de « chronicité » et de polypathologies, liées au progrès médical et au vieillissement de la population, situations « complexes » additionnant problèmes sanitaires et difficultés sociales, pèsent pour plus des deux tiers dans la croissance des dépenses de santé. Veiller à l'accès aux soins, en particulier pour les populations les plus fragilisées, et savoir anticiper les évolutions scientifiques et techniques s'inscrivent dans cette perspective.

Nous arrivons en fin d'un paradigme qui voit les gouvernements adopter des mesures annuelles permettant de faire tenir une hausse tendancielle des dépenses de l'ordre de 4 % dans un Ondam (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie, montant prévisionnel voté chaque année par le Parlement) de l'ordre de 2,5 %. Si ne proposer au remboursement que les produits de santé dont l'efficacité et l'efficience sont avérées restera décisif, si plusieurs pistes d'amélioration de nos pratiques, connues de tous, doivent être ardemment consolidées (pratiques ambulatoires, respect des référentiels, optimisation des plateaux techniques, etc.), le défi posé par la transition épidémiologique est bien plus grand, en ce qu'il s'agit d'infléchir durablement la pente des dépenses¹ sans porter atteinte à la

1. D'autant plus si nous nous fixons l'objectif logique de caler la progression des dépenses sur la croissance du PIB.

qualité du soin, quand les outils éprouvés de la régulation² ne suffiront pas pour réaliser des Ondam à moins de 2 %.

La fluidité des parcours de soins et de santé est la voie la plus porteuse d'espoir

Une convergence de points de vue s'opère en France comme en de nombreux pays. Elle s'exprime : « *C'est autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé.* »³

Parler de maladies chroniques, de polypathologies ou d'autonomies altérées, c'est mettre au jour autant de situations de vie appelant le recours à de nombreux professionnels de santé et de l'accompagnement, et aux aidants naturels. Tout faire pour décloisonner et coordonner les compétences et les pratiques s'impose dès lors.

D'abord parce que les ruptures dans l'accompagnement sont insupportables. Y mettre fin est le devoir premier d'humanité qui donne sens à notre engagement professionnel.

2. Diminution du taux d'évolution de l'Ondam, surcroît d'ingéniosité dans le choix des dispositifs de maîtrise budgétaire, révision annuelle plus drastique du contenu du panier des soins remboursés, réduction de plus en plus forte des prix et des tarifs, modification des taux de remboursement, voire mécanismes de prise en charge en fonction du revenu...

3. Cf. Rapport « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, 22 mars 2012 », approuvé à l'unanimité.



Y mettre fin est l'enjeu de la qualité. Le mieux-soigner et le mieux-prendre-soin se vérifient par la prise en compte des situations propres à chaque personne malade – une démarche qui voit la personne malade comme codécideur de sa thérapeutique – et par la diffusion des innovations. Mais la littérature médicale montre que ce mieux-soigner et ce mieux-prendre-soin dépendent de plus en plus de la capacité de chacune des différentes compétences à savoir intervenir en coordination avec les autres et au bon moment⁴.

Y mettre fin est tout autant l'enjeu de la bonne gestion. Le sens commun pose qu'une organisation plus collaborative conduit à moins de dépenses inappropriées. L'observation est vraie dans tous les secteurs de la vie économique.

Ainsi, chercher à ce que toutes les compétences se coordonnent toujours mieux pour réduire les occasions de ruptures dans les parcours de soins et de santé vécues par les personnes malades ou en perte d'autonomie, c'est d'abord mieux soigner, c'est tout autant mieux dépenser.

Créer une dynamique d'ensemble

Ce qui est en jeu, c'est de faire en sorte que le « soin » et le « prendre-soin » soient un seul et même soin. Le propos est de créer une dynamique d'ensemble, en transcendant la verticalité de chaque profession – verticalité d'ordre second au regard du cœur de notre action qu'est la personne malade.

Ainsi, par exemple⁵, il s'agit de porter l'accent sur la promotion de la santé, l'accès aux soins et la reconnaissance de la compétence de la personne malade, en proposant des décisions portant sur la santé à l'école, la lutte contre les addictions, les contrats locaux de santé, l'autosurveillance, la généralisation du tiers payant, l'aide aux aidants naturels, ou encore la création d'une instance nationale représentative des associations. Il s'agit d'identifier dans les soins de santé primaires la base même de l'organisation des parcours, notamment :

4. L'observation montre également que le renforcement de la sécurité des soins passe, pour beaucoup, par une meilleure communication entre les professionnels. Et nous savons mieux aujourd'hui l'apport d'une étroite combinaison entre prévention, médecine curative et médecine de support ou palliative.

5. Cf. la soixantaine de décisions proposées par le comité des « sages » regroupées au sein de leurs 19 recommandations, in *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages »* juin 2013, La Documentation Française.

– par la promotion de la médecine générale (de l'approche interniste), au plan universitaire ;

– par le financement d'équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles ;

– par la garantie d'une coordination avec des expertises spécialisées en ville et à l'hôpital, apport puissant de compétences cliniques et techniques ;

– par l'émergence de nouveaux métiers, comme celui d'infirmier clinicien aux compétences élargies ;

– par le développement d'outils simples et de contenus pertinents de transmission d'informations.

Est centrale la mise au jour des basculements nécessaires concernant la formation, en proposant par exemple un stage d'exercice en première ligne en ambulatoire, un enseignement sur l'« *obstination déraisonnable* », ou encore une organisation des études dans une dimension interrégionale. Tout aussi centrale est la nécessité de s'atteler à la valorisation financière d'un travail collaboratif entre l'hôpital, les soins en ville et le médico-social. Ou encore de développer la recherche en santé publique sans baisser la garde sur la recherche fondamentale et clinique.

Le sérieux de cette perspective

Le travail accompli par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a montré les considérables marges de manœuvre qu'offrent une réingénierie des parcours de soins et une capacité d'arbitrage entre les soins cliniques et techniques, les soins de support, les aides à la vie quotidienne. La non-qualité est non seulement délétère en elle-même mais elle représente des surcoûts majeurs qui tiennent d'un véritable gaspillage.

Il faut lire dans cet engagement à améliorer la qualité des parcours le même sérieux que celui prôné par les tenants des outils éprouvés de la régulation et du rabout budgétaire. Développer la médecine de proximité et le maintien à domicile conduit à des transformations importantes de capacités d'hospitalisation complète et d'établissements médico-sociaux. Réfléchir en termes de parcours, c'est agir pour une meilleure allocation des ressources consacrées à la médecine curative, mais c'est aussi réussir financièrement le transfert d'une partie de la médecine curative vers la médecine de support ou palliative, et vers l'accompagnement médico-social et social. Favoriser le financement d'un exercice pluriprofessionnel réduit les marges pour une croissance des rémunérations de l'exercice solitaire. Centrer

notre énergie au profit du soin nécessite de redéployer les moyens consacrés aux charges administratives – la complexité de notre système de protection sociale est coûteuse, et la clinique comme la gestion ne seront jamais le résultat mécanique de montagnes de données. Sans jamais oublier que l'effort de bonne gestion relève de l'exigence éthique.

Faire bien les choses est un objectif louable et la recherche de la performance a sa place. Mais rien que sa place. La première question est de faire bien les *bonnes* choses. Lequel des malades compte plus que tous les autres ? Le tragique vient au jour ici, dans ce qu'Emmanuel Levinas appelle une « *comparaison des incomparables* », en proposant cependant une piste décisive de discernement, « *la charité est impossible sans la justice, et la justice se déforme sans la charité* » : le responsable financier n'est jamais quitte de chaque intérêt particulier, quand le médecin et le soignant ne le sont pas de l'intérêt général. Et l'avenir ne fera pas l'économie d'un débat approfondi sur la frugalité et la solidarité, renvoyant aux comportements individuels comme aux orientations des politiques publiques.

La question centrale, celle du mode opératoire du changement

Les rapports se succèdent, les recommandations se suivent et se renforcent, et les meilleures références internationales viennent étayer ces orientations. Des personnes malades et des professionnels de santé ébauchent des évolutions qu'il faut accompagner vigoureusement. Mais les résultats observés sont bien trop modestes. Pour passer résolument du parcours du combattant au parcours de santé, le plus dur reste à faire : trouver le bon mode opératoire.⁶

La temporalité des réponses varie selon la difficulté des sujets abordés et la nature des résistances rencontrées. Mais il s'agit de situer chaque évolution engagée au regard d'une visée d'ensemble. Parce que *tout se tient*. À quoi cela sert-il de modifier l'organisation des soins sans changer la formation et les modes de rémunération et de tarification qui n'incitent ni au travail en équipes pluri-

6. Cela aura été la démarche tenace du comité des « sages » de chercher le bon mode opératoire, au risque de ne pas satisfaire aux effets d'annonce, comme c'est également celle des auteurs du rapport en juin 2013 sur « l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » (présidence Pascal Jacob) ou du rapport en juin 2014 « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » (présidence Denis Piveteau).

disciplinaires et pluriprofessionnelles, ni à franchir les frontières entre le sanitaire et le médico-social ou entre la ville et l'hôpital? N'ayons pas peur de la complexité.

L'orientation centrale en définitive est le pragmatisme. Il s'incarnera dans la recherche des bons premiers pas pour avancer, avec le souci de mesures concrètes faisant sens, aussi bien qu'avec la visée de réformes ambitieuses⁷. Les réformes valent moins par leur qualité conceptuelle que par l'efficacité de

7. Au titre de mesures concrètes, le comité des «sages» a par exemple préconisé à l'hôpital la programmation des sorties en fin de matinée (ou début d'après-midi), la nécessité d'un document de fin d'hospitalisation le jour même de la sortie pour garantir la continuité thérapeutique ou encore une commission des soins non programmés. Au titre de réformes ambitieuses, le comité des «sages» a par exemple préconisé la tenue d'une commission nationale de la réforme de la rémunération et de la tarification des activités de soins et de santé, à l'instar de ce qui a pu être régulièrement fait dans d'autres pays. Cf. 19 recommandations du comité des «sages», *op. cit.*

leur mise en œuvre et de leur traduction dans le quotidien des personnes malades. Si beaucoup d'exemples étrangers peuvent nourrir la réflexion, ils ne doivent pas faire exagérément illusion : la principale vertu de bien des initiatives repérées par la littérature tient moins dans l'ingéniosité des dispositifs mis en œuvre que dans la gestion pratique des procédures.

Deux conditions majeures s'imposent pour réussir. C'est d'une part le choix de la confiance en les acteurs. Leur mobilisation est évidemment le préalable. Autant il incombe aux échelons nationaux de conduire une maîtrise d'ouvrage ambitieuse, autant la maîtrise d'œuvre ne peut qu'être affaire des acteurs concernés dans chaque territoire, à leur manière. La recherche des leviers d'une meilleure coordination est un exemple caractéristique de cette démarche nécessaire de subsidiarité. C'est d'autre part la désignation d'une équipe projet, restreinte, ayant un

leadership fort sur l'ensemble des directions d'administration centrale, des agences régionales de santé et des agences nationales⁸.

Ajoutons au final qu'il faut en tout cela, chaque jour, une ambition partagée et une «envie collective». L'espérance donnant sens au combat quotidien contre la souffrance, quand la médecine se refuse à procéder de la seule volonté de puissance et les soins d'une logique de rentabilité, quand par l'éveil des consciences l'exercice médical et soignant met au jour la «vocation médicale de l'homme» (Lévinas), *i.e.* l'impossibilité de passer son chemin lorsqu'il s'agit de solitude, de souffrance et de mort. ↗

8. Cf. 19 recommandations du comité des «sages», *op. cit.* Proposition reprise dans le rapport «Zéro sans solution», *op. cit.*