

# Les parcours sont-ils un levier efficace d'une politique régionale de santé?

**L'organisation des soins dépend des contextes locaux. L'organisation d'un parcours de santé de qualité doit être l'objectif premier d'une politique régionale de santé, en priorité à l'attention des personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie.**

**Marie-Sophie Desaulle**  
Directrice générale de l'agence régionale  
des Pays de la Loire

**T**oute politique régionale de santé poursuit le double objectif de décliner une stratégie nationale et de prioriser des actions en fonction d'un diagnostic régional.

Sur l'ensemble du territoire français, nous sommes confrontés à deux défis majeurs : l'accroissement en nombre de la population, qui de surcroît avance en âge, et l'augmentation du nombre de personnes qui vivent avec une maladie chronique ou en situation de handicap, que ce dernier ait été acquis jeune ou au-delà de 75 ans.

Mais, par ailleurs, les situations régionales sont diverses. Lorsque l'on regarde l'espérance de vie sans incapacité ou le taux de mortalité prématurée, il existe de fortes différences qui justifient des priorisations spécifiques. Ainsi, le taux de mortalité par cancer est élevé en Nord-Pas-de-Calais alors que les pathologies liées à l'alcool sont plus fréquentes en Bretagne ou en Pays de la Loire. De plus, la sociologie des acteurs, les atouts et les limites de l'organisation du système de santé au plan territorial justifient des réponses différenciées et adaptées en fonction du contexte local y compris infrarégional. Ainsi, les zones rurales n'appellent pas les mêmes actions que les quartiers sensibles des métropoles ou les villes moyennes. Car ce qui fait l'efficacité d'une politique, c'est d'abord sa capacité à apporter une réponse adaptée aux besoins de chaque personne. Adaptée signifie pertinente en fonction de l'état de santé bien sûr, mais aussi sans rupture ni redondance, disponible sans retard et accessible dans le lieu le plus approprié, le domicile le plus souvent mais également dans un hébergement adapté avec

recours à un plateau technique en tant que de besoin. C'est aussi sa capacité à optimiser l'utilisation des ressources disponibles dans une logique d'efficacité. Les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, publiés en 2011 et 2012, ont en effet montré que c'est une réponse globale, à la fois soignante et sociale, qui permettra de relever le défi de la qualité et de la soutenabilité de notre système de santé. Finalement, ce que nous dénommons parcours de soins, de santé, de vie n'est rien d'autre que cette recherche de la bonne réponse au regard des attentes de la personne et de son entourage, des connaissances médicales à un moment donné et du niveau de protection sociale qu'une société se donne.

Le terme « parcours », sous-entendu « bon parcours », présente l'avantage d'exprimer la nécessité impérieuse de proposer pour tous une réponse adaptée à chaque situation. Ce caractère universel qui allie une réponse personnalisée et une gestion rigoureuse des deniers publics est un formidable atout qui devrait s'imposer à tous en tout point du territoire. Pour autant, la dimension globale des parcours, si elle permet une évolution de la responsabilité des opérateurs de santé, ne suffit pas pour modifier l'organisation du système de santé et n'incarne pas spécifiquement une politique régionale.

Dès lors, le parcours de santé doit se concrétiser dans une réponse sur un territoire, pour une population donnée. Les personnes qui ont une ou plusieurs maladies chroniques, celles qui vivent avec une perte d'autonomie, sont celles qui sont aussi les plus confrontées



à ces parcours itératifs entre soins courants à domicile, accompagnement médico-social, soins spécialisés en ville ou en établissement de santé, actions de prévention et d'éducation thérapeutique. À ce titre, elles sont le plus à risques de rupture ou de redondance de prestations au long de leur parcours. Elles sont donc les premières visées par une politique qui prône un parcours de santé efficient.

Pour que cette qualité de réponse puisse être réalisée, il est nécessaire qu'elle s'incarne dans un territoire, c'est-à-dire dans un espace où les différents opérateurs de santé sont amenés à se rencontrer pour échanger, coopérer, travailler ensemble autour de la personne et en faisant de celle-ci un réel acteur du projet de santé qui la concerne.

### Échanges d'informations, travail en équipe et rémunérations

Ainsi, l'organisation de parcours de qualité n'est pas un levier d'une politique régionale, elle en est la raison d'être, l'objectif ultime. Mais pour qu'il en soit ainsi, la mise en œuvre de nombreux leviers est nécessaire qui dépendent tout autant d'une politique nationale que régionale. Trois leviers majeurs peuvent faciliter ce travail collaboratif : l'échange d'informations, le développement des compétences et des organisations pour un travail en équipe, la rémunération. Pour chacun de ces leviers, un cadrage national législatif ou réglementaire est nécessaire mais une adaptation locale est inévitable pour tenir compte des réalités sociologiques des acteurs.

Premier levier, l'échange d'information. Faut-il revenir sur le caractère déterminant des échanges d'information entre professionnels de santé ? Comment éviter redondance et rupture sans ce pré-requis ? Il n'aura échappé à personne que nous en sommes loin. Le DMP, qu'il soit dossier médical personnel ou partagé, ne réussit pas à s'implanter. Pour y parvenir, il est nécessaire que le cadre national soit clair et porté tant au plan stratégique que technique. Mais il est tout aussi important que les professionnels aient confiance entre eux, qu'ils se connaissent et se reconnaissent pour pouvoir aller jusqu'à partager un même logiciel métier dans les équipes pluriprofessionnelles de premier recours (ce qui commence à se réaliser) ou permettre un échange de données avec des professionnels du médico-social dès lors que l'utilisateur est consentant tel que c'est prévu dans l'expérimentation parcours de santé des aînés (Paerpa).

Deuxième levier, le développement des compétences pour un travail en équipe

implique que des orientations nationales soient posées tant en formation initiale qu'en développement professionnel continu (DPC). Il est nécessaire de sortir de l'exercice professionnel isolé et de poser comme fondamental de la pratique en santé non seulement le travail en équipe mais sa nature interprofessionnelle décloisonnée entre prévention, soins et accompagnement médico-social. Pour ce faire, les maquettes en formation initiale sont à revoir. Certaines facultés ont déjà innové en la matière. Les orientations en termes de DPC doivent valoriser davantage le travail en équipe. Là encore, l'expérimentation Paerpa montre la voie. De plus, des protocoles nationaux interprofessionnels sont à élaborer pour éviter que chacun réinvente ce qui est possible ou souhaitable. Il s'agit au niveau national de faire évoluer les comportements. Pour autant, c'est au plan territorial que l'habitude de travailler ensemble se prend. Au sein d'équipe de premier recours ou au sein d'un territoire entre ces dernières, les équipes de soins spécialisées et celles du médico-social, des protocoles se discutent, des échanges de bonnes pratiques et de retours d'expérience s'organisent.

Le regroupement de professionnels dans des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, la constitution d'équipes territoriales de spécialistes, la mise en œuvre de plateformes de services médico-sociaux représentent des organisations innovantes stimulant des pratiques nouvelles autour d'un projet de santé de territoire.

L'installation d'un service territorial de santé au public, avec son contrat et son conseil territorial, peut être le levier pour accélérer des pratiques de coopération et de coordination espérées par la jeune génération et attendues par les usagers.

Troisième levier, la rémunération est le plus souvent mise en avant par les professionnels de ville, les établissements de santé et structures médico-sociales parlant plutôt de moyens mobilisables, ce qui n'est pas très éloigné ! Cette question renvoie au modèle de financement : à l'acte, au forfait, à l'objectif de santé publique, ou sur un modèle mixte qui est *a priori* préférable. Elle renvoie également à une évolution de tarification qui transcende le cloisonnement entre soins primaires, soins hospitaliers et accompagnement médico-social.

Pour faire évoluer le dispositif, des mesures législatives et des évolutions des conventions nationales avec les professionnels de santé sont indispensables. La dernière loi de finan-

cement a prévu une expérimentation de tarification « au parcours » s'agissant notamment de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)<sup>1</sup>. De même, les négociations sur l'accord interprofessionnel s'orientent vers une diversification des rémunérations plus favorable aux parcours. Dans les deux cas, c'est bien au plan régional que la responsabilité de la mise en œuvre doit revenir. Concernant l'insuffisance rénale chronique, c'est en fonction de l'existence d'une réponse régionale en termes de greffe, d'unités de dialyse médicalisée, d'autodialyse et autres transports sanitaires que les financements au parcours peuvent s'organiser. De même, la rémunération d'équipes de soins primaires doit prendre en compte la réalité des regroupements, justifiant une marge régionale dans un cadre national négocié avec les partenaires conventionnels.

Au fond, le parcours c'est une ligne conductrice, un fil rouge, une pédagogie pour une action coordonnée des acteurs pour un décloisonnement entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Il oblige, à partir des besoins et de l'expérience de l'utilisateur, et avec sa participation, à prendre en compte l'individu dans sa globalité sans le réduire à sa pathologie. Il implique de travailler ensemble pour une réponse adaptée au sein du territoire de santé. En cela, il doit guider une politique nationale et s'incarner dans une politique régionale de santé. ✦

1. L'article 43 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 autorise des expérimentations, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, destinées à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique. Il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé et aux règles de facturation et de tarification des professionnels de santé. Pour les parcours de soins intégrant la dialyse à domicile, il peut être envisagé l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels pour dispenser à domicile des dialysats (sous la responsabilité d'un pharmacien). Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé.