

## Qu'est-ce qu'un parcours de santé ?

16.04.12 - HOSPIMEDIA

**Entre parcours de soins, de santé, réseaux ou encore filières, il y a de quoi en perdre son latin dans la notion de suivi des patients. Pourtant, loin d'être anodine, la question de la sémantique permet de poser les bases de la réflexion et des actions.**

L'une des volontés de la loi HPST est de parvenir à une meilleure coopération des professionnels de santé sur le terrain et d'améliorer ainsi la prise en charge des patients dans sa globalité. Pour cela, il convient d'aboutir à un décloisonnement entre ces professionnels et, plus précisément, entre les établissements hospitaliers et la médecine de ville. La loi HPST a par conséquent créé les Communautés hospitalières de territoire (CHT) et renouvelé les Groupements de coopération sanitaire (GCS). "*Deux structures juridiques destinées à accélérer le processus d'externalisation d'activités et de mutualisation des moyens*", indique dans sa présentation sur la "coordination des parcours de soins" l'Observatoire de la régionalisation. Pourtant, cette volonté d'organiser la prise en charge autour du patient et de ses besoins ne semble pas être entendue de la même façon si l'on se place du côté des établissements de santé, de la médecine de ville ou du médico-social. Preuve en est l'utilisation aléatoire de parcours de santé, de parcours de soins, de filières de soins ou encore de réseaux.

### Responsabilité populationnelle

Le parcours de santé peut s'envisager comme le parcours d'un patient au sein du système de santé dans sa globalité tandis que le parcours de soins peut être défini par son financement qui s'inscrit dans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). "*On reste sur la notion de parcours de soins lorsqu'il n'existe pas de liaison avec les maisons de retraite, l'hospitalisation à domicile (HAD)...*", soit les autres acteurs du système de santé, a indiqué à Hospimedia Marie-Dominique Lussier, en charge des projets sur les parcours à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). L'idée du parcours de santé est de s'engager sur la notion de "*responsabilité populationnelle*". L'idée est que le professionnel se sente responsable du patient et de son parcours dans sa totalité, donc des autres intervenants, a-t-elle ajouté. Des éléments sémantiques qu'elle ne considère pas comme anodins car ils permettent d'établir si le raisonnement se fait à partir des structures (soins) ou des bassins de population (santé). La question fondamentale est "*Comment structurer pour toutes les personnes ayant une maladie chronique un système ?*", précise-t-elle.

### Réflexion conceptuelle

Le concept de parcours de santé en est encore au stade de la réflexion conceptuelle, estime Marie-Dominique Lussier. Il faut encore que les acteurs se mettent d'accord sur la compréhension qu'ils ont du parcours du patient car, pour l'heure, le périmètre n'est pas identique pour tous. Et les freins, qu'ils soient culturels ou organisationnels, sont encore nombreux. Pourtant, il faut dépasser les aspects du parcours de soins, estime-t-elle, afin de relever les défis liés aux maladies chroniques, à la démographie médicale et au vieillissement de la population. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est lui allé plus loin dans son dernier avis (lire aussi notre [brève du 23/03/2012](#)) en optant pour la notion de médecine de parcours, qui suppose de passer d'une médecine pensée "*comme une succession d'actes ponctuels et indépendants*" à une médecine "*dont l'objectif est d'atteindre (...) une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante*" et permet de dépasser les clivages santé/soins. Une ambition qui nécessite encore du travail pour aboutir à une compréhension commune mais aussi un langage commun.

## Parcours de santé et médecine de parcours : transformer le système de santé

16.04.12 - HOSPIMEDIA

**Instaurer un parcours de santé ou, comme le souhaite le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son dernier [avis](#), une médecine de parcours, suppose de modifier de profondes mutations dans la réflexion globale du soin mais aussi dans le travail des professionnels et dans leur relation inter-professionnelle.**

L'[Observatoire de la régionalisation](#), dans sa dernière étude analysant les perspectives de coordination des parcours de santé au travers de la coopération des professionnels de santé et le transfert d'activités de soins hospitaliers, a par exemple identifié cinq freins "*majeurs*" à la mise en place du parcours de santé : les freins culturels liés au cloisonnement ville-hôpital, l'absence d'identification d'un "gate keeper", l'absence de financement et de fongibilité des enveloppes budgétaires, l'insuffisance médico-économique et le défaut de moyens dédiés au chaînage. Outre le fait de capitaliser sur les bonnes expériences existantes, l'Observatoire suggère de déplacer les frontières entre la prise en charge par les structures de soins primaires et celle des établissements hospitaliers ou encore de faire évoluer les formations.

### Nouveau travail soignant

Comme le reconnaît le HCAAM, l'assurance maladie devra reconnaître aussi bien les nouveaux contenus que les nouvelles formes du travail soignant car la médecine de parcours demande un travail collectif et des soins tournés vers une prise en charge globale des besoins de santé d'une population. Mais cela suppose aussi de "*renforcer, à tous les niveaux les dimensions pluriprofessionnelles du travail soignant*" et d'intégrer les fonctions de coordination des soignants aux soins. La Haute autorité de santé (HAS), ajoute le haut conseil, devra également développer "*une fonction d'élaboration de recommandations de "parcours"*" pour articuler les bonnes pratiques individuelles. S'orienter vers une meilleure coordination implique un changement profond, à savoir privilégier l'utilisation optimale des compétences professionnelles. "*Une démarche qui peut conduire à des évolutions importantes*", indique le HCAAM.

### Financer les parcours

La tarification viendra aussi jouer un rôle persuasif auprès des professionnels de santé via une incitation tarifaire à un travail soignant "*plus transversal*" entre l'hôpital, les soins de ville et le médico-social. Un chantier pour l'heure qualifié de "*difficile et d'inédit*". Si le parcours de santé s'impose petit à petit comme une solution pour répondre aux prochains défis du système de santé (augmentation du nombre de malades chroniques, désertifications des professionnels de santé...), le financement actuel n'incite pas à la coopération entre professionnels de santé, la Tarification à l'activité (T2A) poussant "*l'établissement à conserver ses patients plutôt qu'à organiser un parcours de soins*", a indiqué lors de son audition devant les sénateurs de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) Francis Fellingner, alors président de la conférence des présidents de Commission médicale d'établissement (CME) de CH (lire aussi notre [brève du 09/03/2012](#)). Le financement apparaît effectivement être un point clé dans le développement des parcours de santé. L'Observatoire de la régionalisation estime de son côté qu'une "*fongibilité effective et pérenne des enveloppes budgétaires entre les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social*" doit être mise en place. Un point de vue que rejoint Francis Fellingner, indiquant qu'il faudrait "*pouvoir valoriser d'une façon ou d'une autre la prise en charge coordonnée du parcours*".

## Parcours de santé : s'appuyer sur l'existant

16.04.12 - HOSPIMEDIA

**La mise en place du parcours de santé ou de la médecine de parcours semble prometteuse. Si le chantier apparaît à la fois complexe et conséquent, certains territoires ont d'ores et déjà développés des expériences prometteuses dont il est possible de s'inspirer.**

La ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, Roselyne Bachelot, a installé le mardi 3 avril dernier le comité national de pilotage sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (lire aussi notre [brève du 04/04/2012](#)) dont le but est de définir les modalités "*de la prise en charge de demain*". Les personnes âgées, au regard des défis qu'elles impliquent pour le monde de santé et des nombreux chantiers à mettre en place pour améliorer leur prise en charge, représentent le point de départ idéal de l'instauration des parcours de santé. Dans son guide dédié à ce sujet et recensant des expériences de terrain (lire aussi notre [brève du 16/02/2012](#)), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) notent la diversité et la variation de ces expériences, ce qui témoigne de la difficulté à instaurer un modèle unique. Comme l'a précisé à Hospimedia Thierry Gandon, directeur médical du [réseau de santé du Bessin](#) (Basse-Normandie), tous les territoires ne sont pas au même niveau de maturité de coopération entre professionnels de santé. Calquer un modèle à tous les territoires sans tenir compte de ses spécificités ainsi que des besoins de la population semblent une mission impossible car l'histoire d'un territoire, les motivations ou encore les acteurs en place ne peuvent être modélisés. D'où l'intérêt de partir d'un diagnostic précis avant de mettre en place un parcours de santé.

#### **Diagnostic : miroir du territoire**

L'une des préconisations avancées par l'ANAP dans son guide sur les parcours des personnes âgées est de commencer par définir les profils de besoins et des services existants. Un diagnostic utile pour mettre en évidence "*la nécessité de revoir les modes de prise en charge actuels et donc de faire différemment*". Faire différemment est aussi une idée évoquée par David Causse, directeur du secteur sanitaire à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), interrogé par Hospimedia et qui estime important de réaliser un prototype du territoire en termes de prise en charge. Elisabeth Hachmanian, associée du cabinet de conseil et d'audit [PWC](#) en charge du secteur santé-protection sociale, souligne l'importance du diagnostic partagé car il a permis en Pays de la Loire de mettre les acteurs locaux d'accord et de définir avec eux les priorités. Le diagnostic "*renforce aussi la cohésion*", ajoute-t-elle.

#### **Place des réseaux**

L'Observatoire de la régionalisation indique dans son étude qu'il faut capitaliser sur les bonnes pratiques et notamment celles des réseaux de soins, "*les évaluer et s'appuyer sur leur savoir-faire*". Pour s'inscrire dans le cadre du parcours de santé, il leur faudra néanmoins évoluer et travailler sur ce parcours dans sa totalité, estime Marie-Dominique Lussier, en charge des parcours au sein de l'ANAP, car actuellement ils semblent "*assez structurés pour constituer un parcours de santé*". Les réseaux possèdent en effet des marges de progression considérables. Thierry Gandon explique que son réseau en Basse-Normandie fonctionne car il a été voulu par l'ensemble des acteurs qui ont travaillé ensemble à sa constitution et répondu à un instant T aux besoins d'une population. Il regrette par conséquent l'attitude de l'ARS qui, au lieu de faire évoluer ce réseau, veut mettre en place autre chose. Cependant, tempère-t-il, le parcours reste un outil, un moyen d'accès d'une population à une offre. Concernant l'outil, "*tout le monde sera d'accord mais il ne faut pas oublier ce que cela suppose*", précise Thierry Gandon.

Géraldine Tribault