



# LES PARCOURS DE SANTÉ AU SECOURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Docteur Christian Lassalle

Directeur de la Performance et de l'Efficienc

## — LES PROBLÈMES DE SANTE ONT CHANGE

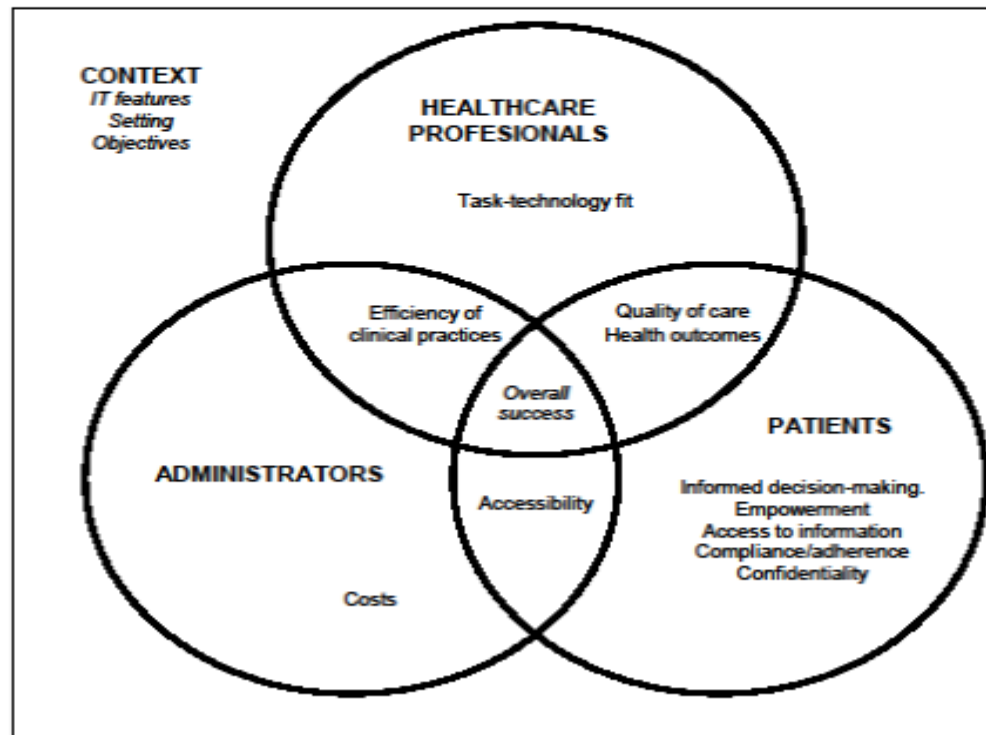
- De plus en plus de maladies chroniques (l'ensemble des maladies lourdes et chroniques représentent 63 % de la dépense d'assurance maladie(92 Md€ / 146 Md€),
- Qui nécessitent une prise en charge sur une période longue, plusieurs modes de prise en charge et l'intervention de plusieurs types de professionnels de santé,
- De moins en moins de disponibilité pour les praticiens (quand ils existent) sur le territoire,
- De moins en moins de vision globale médicale pour un patient donné,
- De moins en moins de coordination dans les différents soins,
- Certains patients consultent jusqu'à 16 médecins par an,
- Et que dire de la vision du patient dans son environnement de vie (ressources, habitat, travail, entourage) ?

## — L'ESSENTIEL N'EST PAS ÉVIDENT

- Les connaissances et les techniques croissent à très grande vitesse : plus de 50 000 articles paraissent chaque mois dans des revues à comité de lecture,
- La masse des informations que doit connaître un praticien en santé est infinie : 4000 principes actifs, 1000 actes de biologie, des référentiels innombrables,
- Plus de 100 spécialités médicales en France (220 aux EU),
- A l'hôpital 185 métiers différents (DGOS),
- L'exercice isolé du « médecin de famille » a presque disparu et les jeunes médecins choisissent l'exercice de groupe,
- Le coût annuel de la non coordination des soins est estimé entre 30 et 50 milliards d'euros aux Etats Unis.

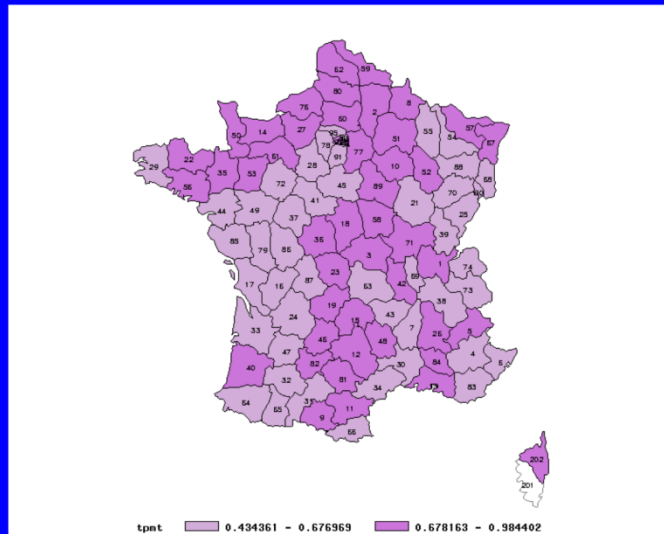
# — L'ESSENTIEL N'EST PAS ÉVIDENT

**Mais... le milieu de la santé est fort complexe!**



# — LES CONSÉQUENCES POUR LES « PATIENTS »

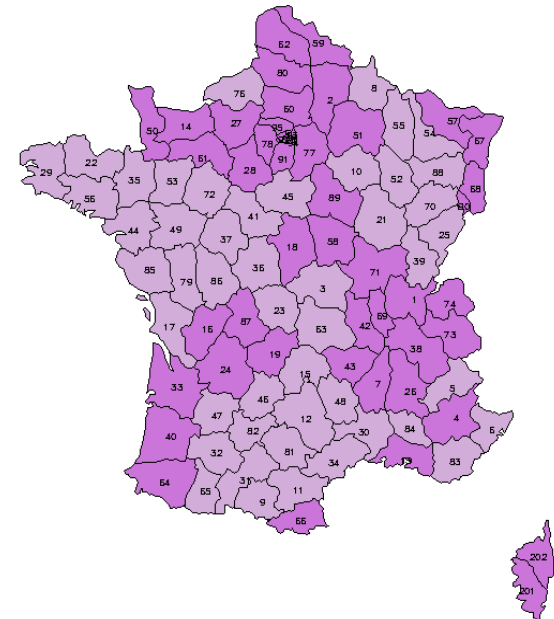
Une morbidité hospitalière enfin connue : l'infarctus du myocarde



Congrès de Toulouse - FNMF - Juin  
2003

8

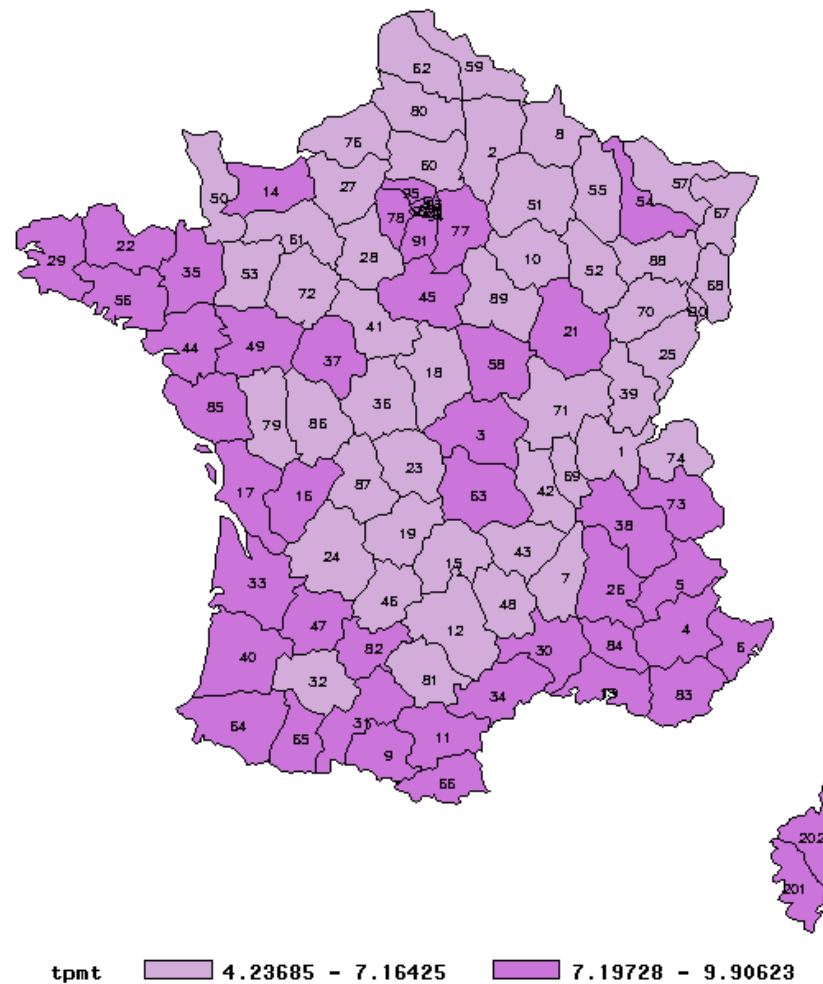
Pontages coronariens



tpmt 0.211211 - 0.386711 0.389701 - 0.832087

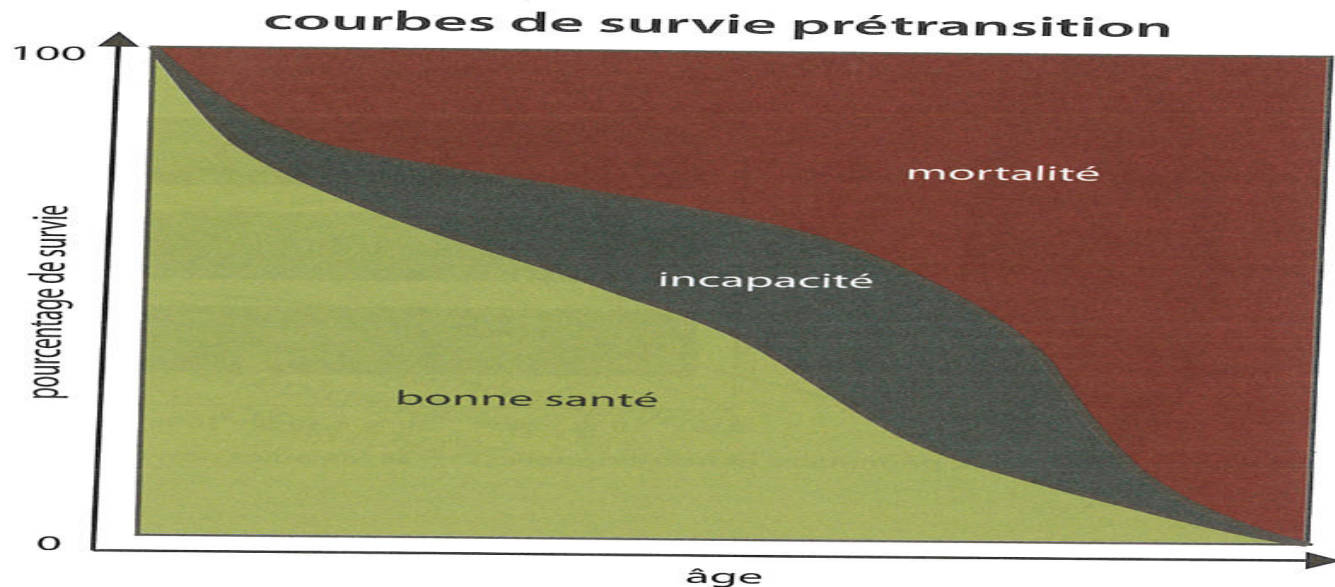
Source Jean de Kervasdoué, Nantes Séminaire de la performance

# — LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE EN FRANCE



Source Jean de Kervasdoué, Nantes Séminaire de la performance

# — LES CONSÉQUENCES DE LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE



## — LES QUESTIONS QUE CELA POSE

- D'où viennent ces variations de pratiques ?
- Qui peut lire 60 000 articles en anglais chaque mois ?
- Comment peut-on (presque) tout prescrire alors que l'on ne peut pas tout connaître ?
- Peut-on continuer à vivre sur une organisation de la médecine libérale qui date de 1930 ?
- Peut-on se passer d'un réseau de la connaissance à l'usage des professionnels de santé ?
- Peut-on gérer la Santé sans analyses des prescriptions et des parcours de soins ?



## — ET LES SOLUTIONS QU'IL FAUDRA ENVISAGER

- Les pratiques cliniques sont hétérogènes et un contrôle s'impose pour que convergent les pratiques cliniques et que la solidarité s'appuie non plus sur des impressions mais sur des faits !
- Le secret médical n'est pas un obstacle à ces contrôles et analyses (celui qui le rompt peut être poursuivi et sanctionné).
- La peur des conflits d'intérêt commerciaux dans l'analyse des bases est légitime mais il suffit de les réguler.
- La légitimité médicale doit s'appuyer sur l'analyse quasiment en temps réel de la littérature mondiale et la mise à disposition des décisions claires avec des procédures de recours.

## — SI LA BANQUE ÉTAIT GÉRÉE AUJOURD'HUI COMME LA SANTÉ

- On vous a dit d'attendre... pour au moins deux heures,
- L'employé de la banque reporte vos opération sur un registre papier,
- Le solde de votre compte est inexact parce que l'écriture de l'employée est illisible,
- Vous ne pouvez récupérer votre argent que dans une seule agence parce que c'est là que sont les enregistrements de votre compte,
- Vous devez attendre deux mois pour obtenir votre relevé de compte et vous devrez aller à la banque pour obtenir effectivement l'information.

*Source : Liette Lapointe, Mac Gill University*

## — DES SOLUTIONS POUR DEMAIN ?

- DONNER LA RESPONSABILITE DE COORDONNER LES SYSTEMES SANITAIRES, MEDICO-SOCIAUX, SOCIAUX, EDUCATIFS, A L'ECHELON REGIONAL qui connaît les territoires,
- Faire confluencer les actions (et politiques ?) de l'Etat, de l'Assurance Maladie, des mutuelles, des associations,
- Coordonner les actions et pratiques pour qu'elles convergent dans l'intérêt du patient.

## — POUR QUELS PROGRÈS?

- Une meilleure utilisation de la compétence des patients et des groupes de patients (empowerment des individus et des associations pour construire une connaissance solidaire),
- Une meilleure utilisation de toutes les compétences en santé (et social) autour du patient,
- L'amélioration du « prendre soin » et pas seulement du soin,
- Le retour de la solidarité,
- La création de nouveaux services et de nouveaux emplois auprès de la personne, qui participent à l'aménagement des territoires et à la création de richesses,
- Une meilleure régulation du système et de son efficience.

## — UN ENJEU MAJEUR : LA CONNAISSANCE ET LA MÉTHODE

- Le savoir est entre les mains de quelques uns et doit être mieux partagé (et ce n'est pas incompatible avec le secret médical !),
- On ne peut pas espérer « tracer » les parcours des patients alors qu'un des fichiers les plus importants décrivant la consommation de soins ambulatoires (le SNIIRAM de la CNAMTS) n'est pas accessible pour les ARS (alors qu'il est utilisé par les grandes agences nationales),
- L'étude des parcours de santé est aujourd'hui cadrée (HAS, ANAP) il faut utiliser ces méthodes,
- Toutes les activités humaines ne sont pas mesurables (sauver des âmes ne l'est pas), mais les parcours le sont.

## — LES PARCOURS DE SANTÉ POUR QUOI FAIRE ?

- Faire progresser la Qualité des soins ( en termes de Morbidité, Qualité de vie, Satisfaction des patients),
- Obtenir un gain économique (Ré-hospitalisations, et coûts de la non-coordination),
- Améliorer l'allocation du temps médical,
- Mieux aménager le territoire .

# Définitions

- Un parcours se définit comme la **prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné**, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix,
- nécessitant **l'action coordonnée des acteurs** de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social,
- et **intégrant les facteurs déterminants de la santé** que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

# — Parcours de vie, santé, soins : c'est clair !

Environnement – Education – Emploi – Justice...

Prévention - Médico-social / social

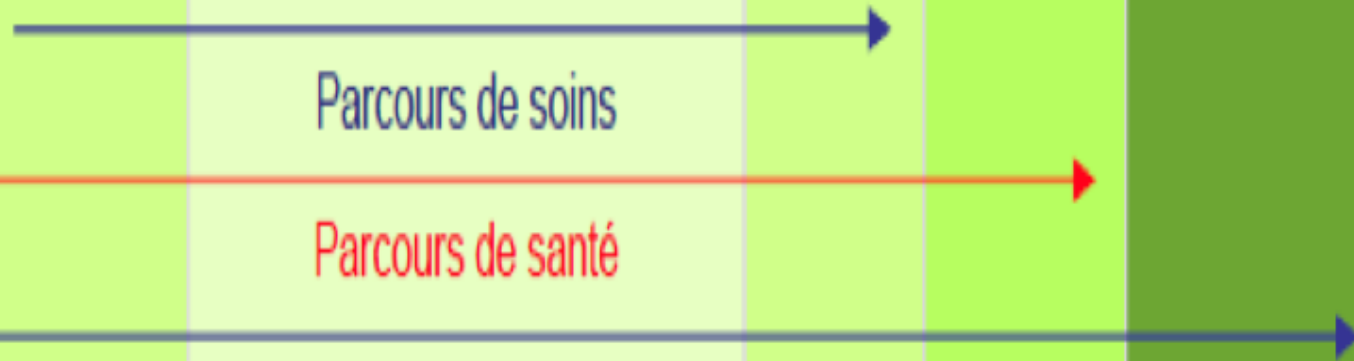
Ambulatoire

Hôpital

Parcours de soins

Parcours de santé

Parcours de vie





# Enjeux

- Permettre aux personnes d'avoir accès à des parcours **lisibles, accessibles, complets et de qualité**, pour une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins ;
- Répondre à une recherche d'**équité** et **d'égalité d'accès** à la santé ;
- Satisfaire la demande des **patients** et de leur **entourage** en **adaptant les soins et services** aux besoins de la population ;
- **Fluidifier les prises en charge** par différents leviers ;
- **Rationaliser** et améliorer l'**efficience** de l'ensemble de l'offre de soins et de santé.



## — MAIS,

En France, le système est historiquement peu incitatif :

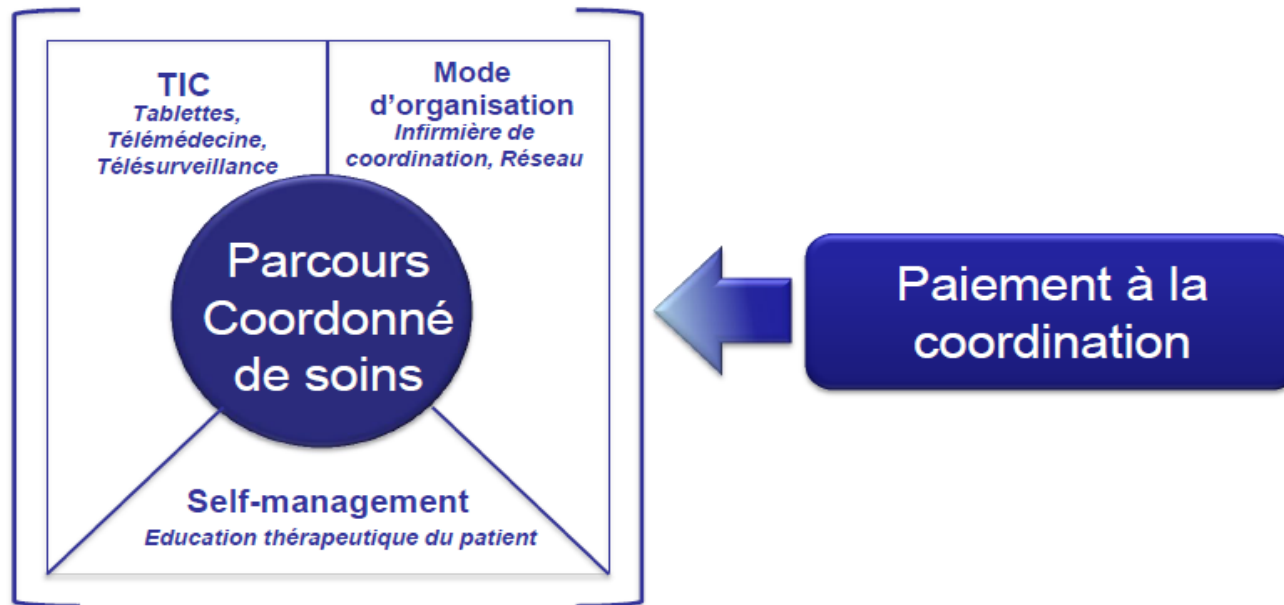
- Incitation financière morcelée : T2A, Paiement à l'acte,
- Développement des SI sur l'ensemble des parcours insuffisant,
- Pratique médicale libérale individuelle ,
- Réingénierie des processus : quels rôles pour les réseaux ?

Mais des changements récents sont survenus, notamment :

- Les filières au sein des ARS et Autorités publiques,
- Les maisons de santé pluridisciplinaires,
- Les délégations de tâches.

# — CE QUI POURRAIT EXISTER

## Chronic Care Model



*Bodenheimer et al. JAMA, 2002*

# Conclusions (1)

- LA MEDECINE DE PARCOURS EST ENCORE EN RECHERCHE D'EVIDENCE, elle doit faire l'objet d'une approche méthodologique rigoureuse,
- ANIMER plutôt que coordonner LES PARCOURS DE SOINS a pour objectif final d'améliorer la qualité des soins,
- Inclure les associations de patients dans la construction des parcours de santé,
- Utiliser les TIC comme facilitateurs.



# Conclusions (2) pour les ARS

- Passer d'une approche institutionnelle à une logique populationnelle (segmenter la population pour cibler l'organisation),
- Passer d'une logique d'épisodes de soins à une logique de continuité des soins
- Disposer d'une gouvernance territoriale (décider collectivement des objectifs et actions à mettre en œuvre),
- Favoriser l'exercice pluri-professionnel,



# Conclusions (3) pour les ARS

- Muter culturellement et professionnellement vers l'animation territoriale,
- Relever le défi de connaissance à travers l'accès aux données médico-administratives (SNIIRAM),
- Implanter les SI dès la création des parcours,
- Autoriser les délégations de compétences,
- Se donner les moyens du partenariat scientifique (Université),
- Choisir une approche pragmatique pas à pas et trouver des « champions ».

# L'urgence du changement : l'exemple des Personnes Agées en Martinique

*(Jean Luc Fanon)*

- *En 2040 la Martinique deviendra une des régions les plus vieilles de France : « Madinina l'île aux fleurs ? Madinina, île aux vieilles ? »,*
- *Population stable (moins de 400 000 habitants), mais profondément modifiée dans sa structure : 170 000 + de 60 ans (X 2,3) et 52 000 plus de 80 ans (15 000 aujourd'hui x 3,5),*
- *Intrication de poly-pathologies,*
- *Contexte socio-économique souvent défavorable et intégration socio-familiale défailante ou inexistante,*
- *Démographie médicale très insuffisante.*



# Ce que nous tentons de faire à l'ARS

- Identifier les parcours des patients entre les établissements court séjour, moyen et de long séjour médico-social (implantation de Trajectoire),
- Dans le même temps mettre en place l'évaluation des parcours des patients sur le territoire, par analyse pratique, identification des patients bloqueurs, recommandations,
- Sur des populations choisies par consensus (patients atteints de maladies vasculaires, enfant handicapé, personnes âgées, malades atteints de cancers ou de maladies mentales ...),
- En utilisant toutes les compétences y compris en dehors de la du champ clos de la santé (économie, gestion).





## Ce que nous essayons d'éviter



## Les devises Shadok



EN ESSAYANT CONTINUUELLEMENT  
ON FINIT PAR RÉUSSIR. DONC:  
PLUS ÇA RATE, PLUS ON A  
DE CHANCES QUE ÇA MARCHE.