

En partenariat avec **Les EchosÉTUDES**

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Impacts sur l'organisation

Par **Hélène CHARRONDIÈRE**,
Directrice du Pôle Pharmacie-Santé
des Échos Études

Par-delà leurs différences, les systèmes de santé des pays économiquement développés font face aux mêmes défis : vieillissement de la population, transition épidémiologique, augmentation structurelle des dépenses de santé, volonté des patients de devenir plus autonomes dans la prise en charge de leur maladie... Quelle que soit son organisation, l'offre de soins est aujourd'hui peu adaptée à ces évolutions. Elle est appelée à se réformer en profondeur dans un contexte économique contraint. C'est précisément cette adaptation de l'organisation des services de santé qui constitue le bien-fondé d'un parcours de soins de qualité : recevoir le bon soin, par le bon intervenant, dans le bon environnement, au bon moment. Ces dimensions de la performance d'un système de prise en charge sont analysées dans la littérature internationale à travers les termes *effectiveness* (efficacité), *appropriateness* (soin pertinent) et *efficiency* (bonne utilisation des ressources). En France, l'organisation des parcours de soins apparaît depuis plusieurs années comme l'évolution la plus structurante du système de santé. Principal axe directeur de la future loi de santé, qui sera votée mi-2015, cette forme d'organisation fait l'objet de plusieurs expérimentations depuis une dizaine d'années : Asalée (premier dispositif de coopération interprofessionnelle entre professionnels de santé de

premier recours), parcours personnalisés des patients atteints de cancer, dispositif Esprec¹ pour les patients chroniques, Prado (programme destiné à optimiser la coordination ville-hôpital), Paerpa destinés à la prise en charge coordonnée des patients âgés. Il ressort qu'une organisation en parcours de soins implique :

- un pilotage décentralisé au niveau local ou régional, doté de réels pouvoirs économiques et juridiques pour réguler pragmatiquement l'offre sur un territoire, et y faire émerger les innovations organisationnelles ;
- la mise en place d'organisations pluridisciplinaires composées de médecins, pharmaciens d'officine, infirmières et autres paramédicaux, structures médico-sociales... ;
- le développement d'indicateurs spécifiques pour mesurer l'efficacité des parcours de soins : taux de réadmissions postopératoires et d'hospitalisations non programmées évitables, respect des bonnes pratiques, mesures d'accès aux soins et délais d'attente... ;

● la création d'un modèle économique incitant à la coordination : délégués d'enveloppes, forfaits par pathologie ou par épisode de soins, tarifs hôpital-ville...

Les pharmaciens d'officine sont appelés à prendre leur part dans cette réorganisation des soins ambulatoires. La loi HPST leur permet de mettre en place des dispositifs de coopération entre professionnels de soins de premier recours et de bénéficier de transferts d'actes ou d'activités de soins. Mais ces transferts restent encore très limités et les expérimentations locales² sont trop peu nombreuses pour en tirer des enseignements forts. L'absence de modèle économique pour l'officine, l'opposition d'une partie du corps médical, les faibles marges de manœuvre de l'Assurance maladie pour financer l'interprofessionnalité en sont les principales raisons. La notion anglo-saxonne de « *primary care pharmacist* » (pharmacien de premier recours) mettra certainement du temps à se concrétiser. Elle n'en revêt pas moins un enjeu majeur pour la profession.

¹ ESPREC pour Équipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe.

² Exemples : suivi intégré de l'ostéoporose en Lorraine, automesure tensionnelle en Bretagne, observance médicamenteuse de personnes âgées en risque de dépendance en Basse-Normandie, dépistage de l'angine en Midi-Pyrénées...

➔ Priorité aux multipathologies chroniques

15 millions de Français sont atteints d'une maladie chronique, soit 21 % de la population, principalement hypertension artérielle, asthme et BPCO, insuffisance rénale chronique et diabète.

9 millions d'entre elles sont en ALD, soit 15 % des assurés pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Le nombre de patients en ALD progresse en moyenne de 5 % par an. Les dépenses au titre des ALD représentent à elles seules 60 % des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire.

Source : Les Échos Études, L'organisation des parcours de soins coordonnés, janvier 2015

