

Annexe 2

Les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient

Dans son avis de 2012 « L'assurance maladie : les options du HCAAM » qui synthétise l'ensemble de ses travaux, le Haut conseil préconise que l'assurance maladie se donne pour enjeu de se mettre au service d'une médecine de « parcours ». Il s'agit d'une orientation ancienne du HCAAM puisqu'il appelait dès sa création la plus grande vigilance sur les frontières entre la ville et l'hôpital. Dans ses avis et rapports de 2010 et 2011 « Vieillesse, longévité et assurance maladie » et « Assurance maladie et perte d'autonomie », le Haut conseil poursuit sa réflexion en constatant que les secteurs médico-social et social doivent être intégrés dans le parcours de soins puisque leurs prestations ont des répercussions sur la façon dont une personne est soignée (à l'hôpital ou à domicile par exemple).

Cette perspective suppose, selon le Haut conseil, de mettre en place une nouvelle façon de travailler. Pour cela, il distingue la fonction de synthèse médicale et la fonction de coordination soignante et sociale. La première vaut pour toutes les personnes et est assurée par le médecin traitant. La seconde ne s'impose que dans les situations les plus complexes. Elle devrait être assurée par une infirmière, un autre professionnel de santé, voire par une assistante sociale (quand une telle intervention est nécessaire).

Le HCAAM relève plusieurs conditions à la mise en place d'une telle transformation systémique :

- la production de données cliniques et sociales, leur échange et leur utilisation partagée ;
- l'élaboration par la HAS de recommandations de parcours notamment pour les malades chroniques et poly pathologiques ;
- la recherche de l'utilisation optimale des compétences professionnelles de chacun ;
- l'évolution de la tarification de l'assurance maladie pour inciter au travail collectif.

Il insiste enfin sur le rôle fondamental des ARS pour structurer le cadre technique et financier de la coordination autour de la personne du fait de la nécessité d'être au plus près de l'environnement de la personne malade et de la diversité des acteurs.

Pour passer à la mise en œuvre concrète de cette orientation, le HCAAM propose en 2011 que s'ouvre une phase « prototype » dont l'objet serait de mettre en place des organisations nouvelles en les ajustant le cas échéant. A la suite de cette préconisation, le ministère de la Santé a mis en place les projets pilotes PAERPA, qui concernent les personnes âgées en risque de perdre leur autonomie. La stratégie nationale de santé élargit la perspective puisqu'il s'agit d'une orientation concernant l'ensemble de la population, fondée sur la coordination pluri-professionnelle autour du patient, la prévention et l'égal accès aux soins.

Pour le HCAAM, c'est aux frontières entre interventions des professionnels qu'on observe des « déperditions d'efficacité ». C'est pourquoi il est proposé de répondre à la saisine qui est faite au Haut conseil en abordant d'abord la coordination entre les différentes professions de « ville », les liens entre la « ville » et l'hôpital de court séjour et enfin les liens entre le secteur sanitaire et les secteurs médico-social et social.

L'objet de cette fiche est de rappeler les expressions du HCAAM sur ces trois thèmes.

1 Coordination au sein des différentes professions de « ville »

Le HCAAM a abordé quatre thèmes relatifs à la coordination des différentes professions de ville.

1) La structuration de l'offre de médecine de ville

Dès son premier rapport, en 2004, le Haut Conseil se penche sur la **structuration de l'offre de médecine de ville** autour du patient, en dressant un bilan mitigé des expérimentations alors en place : « Faut qu'aient été affichés de manière directive quelques schémas fondamentaux à mettre à l'étude, l'acquisition d'une connaissance méthodique d'un nombre limité et prioritaire de formes alternatives d'organisation des soins n'a pas eu lieu. Le mérite de toutes ces expériences aura cependant été d'imposer l'idée selon laquelle la performance du système de soins ne repose pas seulement sur la qualité de chaque entité de ce système, mais sur la pertinence globale des « trajectoires de soins » par lesquelles les patients passent de l'une à l'autre. »

2) La coopération des médecins avec les infirmières

Dans le cadre des réflexions sur les modes d'exercice et les regroupements professionnels, le HCAAM indique, dans son rapport annuel de 2005, que les objectifs qui devaient être assignés aux **transferts de compétences** entre professionnels de santé sont surtout d'optimiser le système de soins plutôt que de faire face à l'évolution de la démographie médicale¹. « Le transfert de compétences devrait permettre de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux. Une condition nécessaire d'une délégation légitime semble reposer sur la compétence et donc la formation. »

Dans la note accompagnant l'avis de 2007 sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, une revue des expériences étrangères en matière de **coopération médecins-infirmières**, fondée sur les travaux de l'IRDES, établit la distinction entre, d'une part, la diversification, qui renvoie à une extension des services offerts en soins primaires dans laquelle les infirmières trouvent de nouveaux rôles, comme la promotion de la santé ou le suivi des maladies chroniques, et, d'autre part, le transfert d'activité, qui concerne les infirmières « en pratique avancée ». La note rappelle les deux types de pratique avancée :

- l'infirmière clinicienne spécialisée assure notamment des fonctions d'encadrement, d'analyse de situations complexes auprès de certains patients ;
- l'infirmière praticienne ou de santé publique est formée au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostiques, ou de prescription dans un cadre limité. Le Haut conseil relève à cette occasion l'importance du transfert du droit de prescription.

3) Le regroupement des médecins libéraux

L'enjeu du **regroupement de médecins libéraux** a aussi été analysé dans cette note. Si le regroupement en soi n'est pas considéré comme la condition nécessaire et suffisante à l'amélioration de l'efficacité de la médecine de ville, le HCAAM estime qu'il peut néanmoins la favoriser. En outre, le regroupement offre des perspectives nouvelles en termes de pratiques et de régulation de la médecine de ville lorsque les politiques incitatives s'accompagnent de nouvelles modalités de contractualisation ou de conventionnement entre la tutelle et les professionnels de santé, en rupture avec la logique individuelle et sur une base « collective ». »

¹ Les dernières statistiques de la DREES ne font pas apparaître de diminution du nombre des médecins au cours des années récentes, contrairement à ce qui était prévu.

4) Le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins

Dans son avis « Vieillesse, longévité et assurance maladie » de 2010 ainsi que dans son avis « L'avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », tous deux adoptés à l'unanimité, le Haut conseil préconise la reconnaissance de la **fonction de synthèse médicale**, assurée par principe par le médecin traitant. Cette fonction consiste à disposer en permanence de toute l'information relative aux soins prodigués et à l'état de santé de la personne afin de pouvoir intervenir dans toutes les décisions d'orientation ou les changements de prise en charge –au-delà de remplir son rôle propre de diagnostic et de soins.

2 Liens entre la « ville » et l'hôpital

Dès le début de ses travaux, le HCAAM a identifié les discontinuités du parcours du patient comme une cause d'inefficacité. En effet, dans son rapport de 2004, le HCAAM mentionne la frontière entre la «ville » et l'hôpital comme un « lieu particulier de déperdition d'efficacité », ce qui concerne l'hospitalisation complète et l'hospitalisation ambulatoire. Il estime que les structures hospitalières n'ont pas développé de liens avec la « ville » suffisamment forts pour éviter les entrées inadéquates par les urgences et pour offrir au praticien traitant, généraliste ou spécialiste, qui leur adresse un patient les contacts médicaux et l'information dont il aurait besoin. Par ailleurs, l'hospitalisation ambulatoire oblige l'hôpital à une autre forme d'organisation et une collaboration plus structurée avec le réseau de ville, médecins généralistes et spécialistes qui prennent en charge le patient à la sortie d'hôpital et auxiliaires médicaux appelés à intervenir à domicile.

Dans ses avis et notes ultérieurs le HCAAM reprend ces constats en les centrant sur trois points : le parcours général des patients, les entrées et les sorties d'hôpital.

1) Le parcours des patients

Dans sa note sur les établissements de santé de 2009, le HCAAM souligne qu' « il importe que les soins délivrés par les établissements de santé MCO à un patient s'inscrivent dans un parcours général de recours au système de santé. » A cette date, le parcours était envisagé comme un parcours au sein du secteur sanitaire uniquement.

Pour créer une « osmose de travail », le HCAAM suggère de mettre en place des moyens suffisants :

- pour une présence effective « hors les murs » d'équipes mobiles de gériatrie, à l'exemple de l'hôpital Bretonneau dont les médecins se déplacent à domicile ou en EHPAD ;
- pour rendre facile et sûre la prise de contact entre le médecin de ville et les praticiens hospitaliers des services aigus². Par exemple, le CHU de Lille a mis en place une permanence téléphonique assurée par roulement par les praticiens du CHU.

Dans la note associée à cet avis, le HCAAM évoque d'autres pistes telles que le recours à l'hospitalisation à domicile à partir des urgences pour les patients âgés ayant besoin de soins coordonnés et continus.

Enfin, dans son avis de 2012 « L'assurance maladie : Les options du HCAAM », le Haut conseil émet le souhait que les perspectives de développement de l'hôpital lui donnent une insertion optimale dans le parcours de soins. Il souligne que l'hôpital n'a pas vocation à être le lieu vers lequel convergeraient par défaut les cas qui n'ont pas trouvé ailleurs de réponse organisée mais au contraire de fournir à la médecine de proximité les compétences cliniques et techniques dont le patient a besoin durant son « parcours ». Il s'agit pour l'hôpital d'une ouverture sur son environnement soignant. Le HCAAM note que ces perspectives auraient un impact, qui doit être accompagné, sur l'offre hospitalière.

² Cette mesure concernerait aussi les médecins coordinateurs d'EHPAD.

2) Les entrées à l'hôpital

Dans sa note de 2009 sur les établissements de santé, le HCAAM préconise que l'entrée des patients à l'hôpital soit préparée, en distinguant trois types de patients (patients autonomes, patients nécessitant des soins après la sortie, patients dépendants dont les soins à domicile doivent être coordonnés). Pour éviter les entrées inadéquates à l'hôpital par les urgences, le HCAAM considère comme une priorité « la mise en place d'un dispositif lisible, coordonné et sans lacunes, associant les services d'urgence hospitalière et les dispositifs de permanence de soins de ville ».

Dans son avis de 2010 sur les personnes âgées, le HCAAM rappelle l'importance d'améliorer l'accès à l'hôpital.

3) Les sorties d'hospitalisation

Comme pour les entrées, le HCAAM préconise que les sorties d'hôpital soient préparées en distinguant toujours trois types de patients. Il réitère cette demande dans son avis de 2010.

Dans son rapport de 2011 « Assurance maladie et perte d'autonomie », adopté à l'unanimité, le HCAAM préconise qu'un des projets pilotes soit consacré aux sorties d'hôpital. Il indique notamment, parmi ses éléments possibles, une évaluation des besoins de la personne avant la sortie d'hospitalisation par des personnels hospitaliers formés, la participation active du médecin traitant, la systématisation de la remise le jour de sortie des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient hors de l'hôpital (à domicile ou en EHPAD).

3 Liens entre le secteur sanitaire et les secteurs médico-social et social

En 2010, le HCAAM élargit sa vision du parcours aux secteurs médico-social et social. Après avoir constaté les inadaptations structurelles dans la prise en charge du grand âge, le HCAAM appelle dans son avis de 2010 « Vieillissement, longévité et assurance maladie », à « travailler à une coopération plus efficace des différentes professions et institutions sanitaire, médico-sociales et sociales, en mettant l'accent sur une plus grande 'ouverture' de l'hôpital. »

Depuis cette date et jusqu'à la synthèse de ses travaux de 2012, le Haut conseil développe ses arguments pour inclure les secteurs médico-social et social dans le parcours de soins et insiste plus spécifiquement sur l'amélioration des liens entre l'hôpital et les EHPAD.

1) Inclure des secteurs médico-social et social dans le parcours de soins

Dans son avis de 2010, le HCAAM souligne que, du fait de la préférence des personnes pour le maintien à domicile, le soin ne peut s'envisager indépendamment de l'accompagnement de la vie courante : l'absence d'un tel accompagnement peut conduire à allonger la durée d'hospitalisation sans raison médicale, ce qui est néfaste pour le patient et génère par ailleurs des dépenses d'assurance maladie inutiles.

Le Haut conseil estime pertinent que la coordination autour de la personne âgée recouvre une fonction de coordination à la fois soignante et sociale en plus de celle de synthèse médicale assurée par le médecin traitant. Cette fonction, organisée sur une base territoriale, pourrait être assurée selon le HCAAM par une assistante sociale, une infirmière ou un auxiliaire médical ou bien encore par une structure pluri-professionnelle. Le HCAAM insiste sur le rôle spécifique des travailleurs sociaux en raison de leur capacité à mobiliser les aides sociales et fiscales (APA, prestations de service, déductions fiscales et sociales...).

La coordination soignante et sociale ne serait pas réservée aux personnes âgées mais aux patients qui en ont besoin. Dans le rapport de 2010, le HCAAM appelle à une réflexion pour déterminer celles des personnes pour lesquelles il conviendrait de mettre en place de manière formelle une coordination renforcée des soins et le processus de décision y conduisant.

Dans son avis de 2010, le HCAAM mentionne que cette fonction de coordination doit être rémunérée, ce qui n'exclut pas que les rémunérations des actes ou services qui doivent s'inscrire dans un processus coordonné soient liées au respect de ce processus (par exemple par l'obligation d'un compte rendu). Le HCAAM préconise donc de lier coordination et rémunération dans les deux sens : rémunérer les actes de coordination et obligation de coordonner les actes rémunérés.

Le HCAAM insiste sur le rôle central des ARS pour structurer le cadre technique et financier de la coordination autour de la personne. Il est ainsi indispensable de déterminer un certain nombre de règles de fonctionnement entre les différentes professions appelées à prendre en charge les personnes âgées : professionnels médicaux et paramédicaux, institutions hospitalières et médico-sociales ainsi que professions sociales. Le HCAAM envisage plusieurs organisations possibles : structure légère sans chef de file identifié avec un ensemble de protocoles bilatéraux identifiés ; entité commune permettant une plus grande intégration. A cet égard, les ARS doivent, selon le HCAAM, être responsables du cadre juridique et financier global de la coordination, à charge pour elles d'assurer les liens nécessaires avec tous les acteurs concernés, notamment les conseils généraux.

Dans son rapport sur la perte d'autonomie de 2011, le HCAAM exprime de nouveau ces mêmes idées : ainsi « déclenchée de manière adéquate et au bon moment, l'aide à l'autonomie peut éviter des prises en charge inutilement lourdes et non souhaitées par les personnes âgées et leur entourage », « les professionnels de l'aide à l'autonomie (aides soignants, auxiliaires de vie, aides ménagères) doivent pouvoir inscrire leur intervention en continuité, complémentarité et coordination avec le suivi médical ».

Parmi les projets pilotes proposés par le HCAAM dans ce rapport, figurent deux thèmes liés à cette problématique générale :

- la coordination entre professionnels de santé et médico-sociaux visant à prévenir la perte d'autonomie ;
- l'aide à la mobilisation par le médecin traitant de différents accompagnements spécialisés, et notamment des diagnostics et accompagnement sociaux pour des patients moins complexes que ceux qui relèvent des gestionnaires de cas ;

2) Améliorer les liens entre l'hôpital et les EHPAD

Le Haut conseil a identifié des pistes spécifiques d'amélioration du parcours des patients.

Il demande notamment dans son avis de 2010 que le lien de travail entre les services hospitaliers et les EHPAD fasse l'objet d'une attention prioritaire. Dans le rapport associé à cet avis, le HCAAM estime possible de réduire le passage aux urgences des personnes résidant en EHPAD en augmentant l'encadrement en personnel soignant, infirmier en particulier, notamment de nuit.

Le Haut conseil recommande dans la note de 2010 que le recours à l'HAD en EHPAD, possible depuis 2007, soit développé car il permettrait de prévenir certaines hospitalisations traditionnelles. D'ailleurs, parmi les projets pilotes qu'il propose dans son rapport sur la perte d'autonomie en 2011, figure l'optimisation des parcours de soins entre EHPAD et hôpital, avec notamment la promotion de l'HAD dans les EHPAD.

Le HCAAM estime par ailleurs absolument nécessaire de faciliter les sorties d'hôpital MCO vers des structures d'aval quand le retour à domicile est impossible. Dans ce but, il propose de fournir une information fiable et à jour sur la disponibilité de places en SSR, HAD, SSIAD ou en EHPAD.

D'une façon générale, le HCAAM estime qu'une contractualisation entre les hôpitaux et les EHPAD sur la bonne gestion des entrées et des sorties d'hospitalisation serait un progrès majeur et qu'elle pourrait être associée aux revalorisations tarifaires des EHPAD.