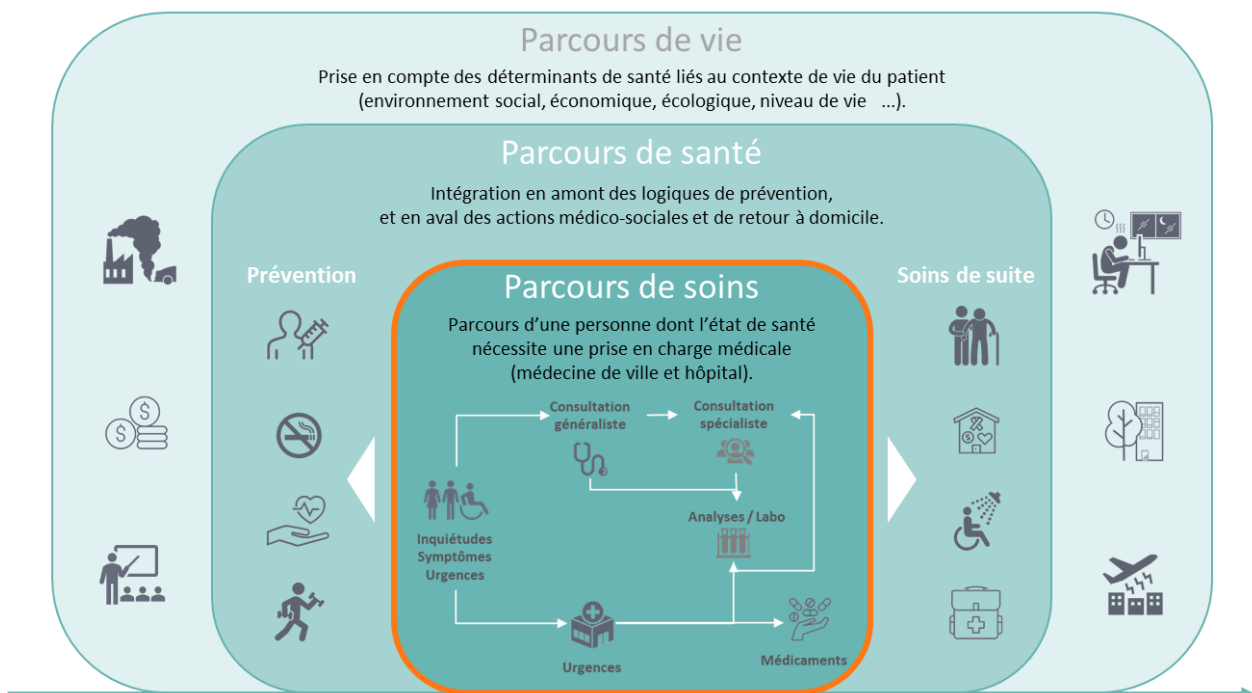


VERS UNE EVOLUTION DU PARCOURS DE SOINS ET DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE

Publié le 22/07/2019

Le parcours de soins, une notion clé qui regroupe les activités médicales relatives aux soins de ville et d'hôpital.



Le parcours de soins se définit comme le parcours d'une personne dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale. Ce terme technique regroupe une situation à laquelle tout un chacun a, un jour, été confronté, sans pour autant avoir conscience de suivre un véritable parcours en tant que tel.

Par leur approche et leur mode de fonctionnement, les parcours de soins actuels souffrent de **3 problématiques majeures** qui engendrent des conséquences médicales (qualité des soins, accès aux soins...) comme financières. Les acteurs publics et privés, y compris les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), tentent de répondre à ces problématiques et influent ainsi sur le déroulement et l'évolution de ces parcours.

Les problématiques des parcours de soins actuels peuvent être analysées selon 3 axes principaux : #accessibilité, #silo et #fragmentation

Un accès médical en « parcours du combattant » qui peut entraîner un renoncement aux soins

La problématique d'un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire, en milieu rural comme dans les zones à forte densité urbaine, est une problématique récurrente. Les déserts médicaux, qui se définissent par une accessibilité aux soins très difficile pour les individus qui y résident restent d'actualité en France.

Environ 0,5 % de la population rencontre des difficultés d'accès aux trois principaux points d'entrée du système de santé, à savoir : les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgences.

Un peu moins de 10% de la population vit dans une commune en manque de médecins généralistes. Cette situation, notamment en milieu rural, génère de fortes difficultés d'accès aux soins et peut entraîner un renoncement aux soins, pour des raisons pratiques comme économiques (temps et moyens de locomotions disponibles, coûts associés).

Les problématiques d'accès aux soins concernent également les territoires à forte densité comme les métropoles. La difficulté à obtenir un rendez-vous avec certaines spécialités médicales (dermatologie, ophtalmologie...) dans les zones de concentration urbaine forte est prégnante. Selon une étude de la DREES de 2018, il faut en moyenne 2 mois pour un rendez-vous en dermatologie, 1 mois et ½ pour un rendez-vous en cardiologie et près de 3 mois pour un rendez-vous en ophtalmologie. *Dans la moitié des cas, les patients se dirigent vers un autre spécialiste et un patient sur trois renonce aux soins.*

Un système de santé siloté qui limite l'efficacité de la prise en charge médicale et réduit l'atteinte des objectifs du parcours de soins

Les parcours de soins ont pour objectif premier de garantir *la qualité et la fluidité de la prise en charge médicale des patients*. Ceci implique *une coordination des professionnels de santé*.




La loi de modernisation du système de santé de 2016 poursuit ainsi l'objectif de développer une prise en charge globale du patient, structurée et continue, au plus près de son lieu de vie.

Cette loi vise à contrer les conséquences de l'organisation silotée du système de santé avec un raisonnement en secteurs (soins de ville versus soins hospitaliers).

Si le médecin traitant constitue en théorie le point d'entrée et d'orientation des patients, *la réalité à*

laquelle ceux-ci sont confrontés est une organisation compartimentée et ne fonctionnant pas de façon collaborative. En effet, la majorité des acteurs (établissements de santé, médecine de ville, hospitalière et soins à domicile) impliqués dans les parcours de soins n'échangent et ne se coordonnent pas systématiquement avec les autres professionnels de santé intervenant en amont et en aval. A titre d'exemples, les résultats d'analyses effectuées en laboratoire ne seront pas forcément transmis à l'hôpital et/ou au médecin traitant. En l'absence de suivi « partagé » (faute d'outils ergonomiques ou de temps disponible du professionnel de santé pour retranscrire l'objet de la consultation et le traitement proposé),

Les trois réformes principales de la loi de modernisation du système de santé de 2016

-  **Parcours de soins coordonné** : Obligation pour chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant avant de consulter un autre spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein (sauf en cas d'urgence, et pour les consultations en ophtalmologie, gynécologie, odontologie, ...)
-  **Dossier Médical Personnel** : Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé (traitements, résultats d'exams, allergies...) du patient. L'accès au dossier est donné par le patient aux professionnels de santé de son choix. Ce dispositif permet de faciliter le suivi et la coordination de la prise en charge médicale du patient.
-  **Création des groupements hospitaliers de territoires (GHT)** : Les GHT ont vocation à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

le patient doit trop souvent réexpliquer l'objet de la consultation à chaque nouvelle visite, tout comme l'historique des pathologies et soins reçus. Cette difficulté à faire le lien entre les différents professionnels de santé est particulièrement visible dans le cadre des maladies chroniques, qui induisent par essence l'intervention de multiples acteurs de santé (acteurs médicaux, paramédicaux, prestataires de services...). Pour illustration, en France en 2013, seul un tiers des patients diabétiques bénéficiait d'une prise en charge répondant aux quatre éléments de suivi recommandés. Ce manque de coordination et de suivi est particulièrement problématique dans le cas des personnes âgées, qui doivent souvent être accompagnées d'un aidant dans le cadre de leurs rendez-vous médicaux afin de pouvoir expliquer correctement leur « histoire » (pathologies, suivi et traitements existants...) et pour éviter des erreurs médicales (interactions médicamenteuses, ...).

Ainsi le patient doit souvent assurer seul la coordination des différents professionnels de santé dans le cadre de son parcours de soins, ce qui limite l'efficacité de sa prise en charge.

Un parcours de soins fragmenté lié à l'absence de structures proposant une prise en charge globale en un lieu unique

La 3^{ème} problématique majeure du parcours de soins est celle de la fragmentation « spatio-temporelle ». A titre d'illustration, le parcours actuel du patient peut être modélisé de la façon suivante :

- 1) Le patient effectue une 1^{ère} consultation chez son médecin traitant ;
- 2) Le médecin traitant oriente le patient chez un spécialiste, exerçant potentiellement à un endroit éloigné du domicile ;
- 3) Ce professionnel de santé demande au patient d'effectuer des analyses médicales (radiologie, laboratoires...) qui seront réalisées dans un lieu tiers ;
- 4) Le patient peut enfin être redirigé vers une structure hospitalière, où, de nouveau l'accessibilité, notamment géographique, est conditionnée à l'attractivité du territoire.

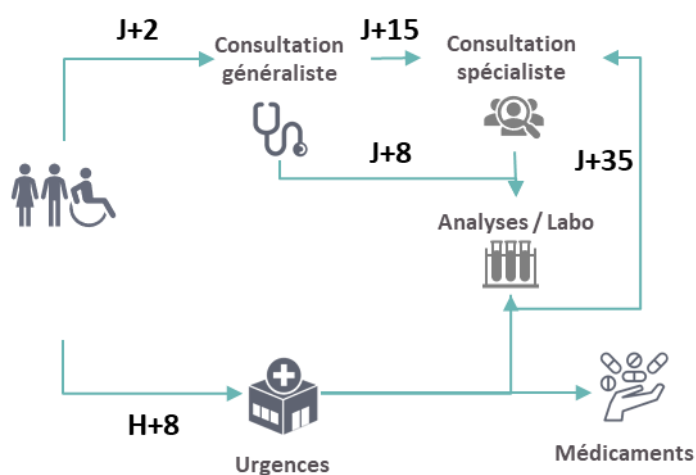


Illustration d'un parcours de soins fragmenté et éclaté

La prise en charge du patient est donc « éclatée ». Cet éclatement engendre des délais de prise en charge et de traitement allongés, voire peut conduire à un renoncement aux soins, en raison de la complexité du parcours.

Cet aspect est renforcé par l'organisation silotée du système de santé. Ainsi, le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, réunissant différentes spécialités médicales et pouvant potentiellement être conçues comme des lieux de parcours de santé est encore timide en France, à l'inverse d'autres pays de l'OCDE comme le

Royaume Uni ou les Pays Bas par exemple (voir notre article à ce sujet [ici](#)). Toutefois, ces difficultés peuvent également être rencontrées dans une même unité de lieu de soins.

Les problématiques que sont l'organisation en silo, les difficultés d'accès aux soins et la fragmentation spatio-temporelle du parcours de soins sont des enjeux de fonds auxquels le système de santé doit répondre pour les années futures.

Face à ces problématiques générant des irritants auprès des patients et des usagers du système de santé, quelles sont les innovations technologiques et les évolutions réglementaires ou structurelles mises en

œuvre pour les combattre, voire les supprimer ? Quels sont les impacts sur les parcours de soins et sur l'exercice des activités médicales ? Quel rôle les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) peuvent-ils jouer dans la définition de nouveaux parcours de soins, dénués d'irritants et surtout efficaces ?

Pour faire face à ces problématiques, les acteurs privés et publics s'organisent et engagent des dispositifs innovants

Les contraintes économiques et les innovations technologiques ont joué un rôle moteur dans l'émergence d'initiatives privées et publiques pour tenter d'améliorer le système de santé et les parcours de soins associés.

Les innovations technologiques au service de la réduction de la fracture « santé » et de la fluidification des parcours

Face aux déserts médicaux et à la fragmentation du parcours de soins, les innovations technologiques telles que la télémédecine, l'usage du mobile... présentent des solutions intéressantes pour faciliter l'accès aux soins.

A titre d'illustration, par l'accès à un professionnel de santé dans des lieux dédiés et/ou depuis son domicile, la télémédecine permet de pallier aux déserts médicaux, ainsi qu'à l'allongement des délais de consultation. La démocratisation de ce dispositif initialement porté par les acteurs du secteur privé, comme les organismes complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM), est désormais encouragée par les pouvoirs publics, avec la prise en charge depuis janvier 2019 par la sécurité sociale des actes de téléconsultation.

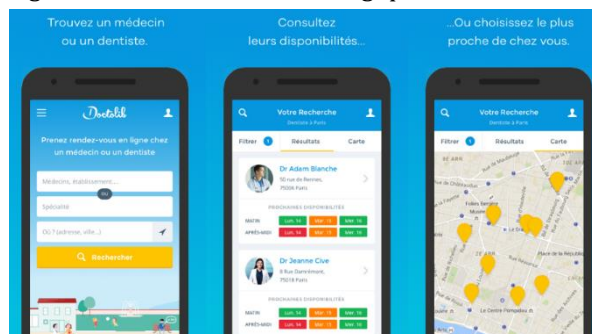


Certaines entreprises, comme H4D, ont développé des solutions technologiques innovantes telles qu'un cabinet médical connecté permettant de consulter un médecin généraliste ou spécialiste à distance pour réaliser un examen médical ou effectuer des check-up médicaux pour le dépistage et le suivi des patients.

La Consult Station® H4D permet de consulter un médecin dans des conditions comparables à une visite en cabinet classique.

L'avènement du numérique a également permis l'émergence d'innovations technologiques en lien avec les nouveaux usages. La prise de rendez-vous en ligne (ex : Doctolib, Allo Docteur...) facilite le choix des horaires, le lieu de consultation, ainsi que la possibilité de choisir un professionnel de santé conventionné respectant les bases de remboursement.

Ces nouvelles pratiques diminuent le renoncement aux soins. Pour exemple, une expérimentation de l'APHP sur la prise de rendez-vous en ligne a permis de diminuer le volume de rendez-vous non honorés et d'augmenter le nombre de consultations hospitalières. En parallèle, les professionnels de santé peuvent se recentrer sur des activités à plus forte valeur ajoutée en diminuant leur charge administrative.



Doctolib, AlloDocteur... : des applications qui permettent de prendre RDV via support mobile.

Dans le cadre de la pratique hospitalière, de nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement émergent également comme l'hospitalisation à domicile, qui permet d'assurer un suivi médical à distance via l'usage du mobile. Dans ce cadre, le bénéfice est double, à la fois pour l'hôpital (libération de lits) et pour le patient (maintien dans un environnement familial tout en bénéficiant d'un suivi médical par la prise de mesures et un échange quotidien avec l'équipe médicale associée).



La démocratisation d'outils d'automesure en santé (capteurs d'activité, objets connectés...) vient également fluidifier le parcours de soins en permettant une plus grande autonomie du patient dans le cadre de l'observance de son traitement (ex : pilulier connecté) ou la surveillance de ses constantes.

Des incitations et des réformes portées par les pouvoirs publics pour fluidifier les parcours de soins et améliorer la qualité de la prise en charge

Afin de répondre à des enjeux de santé publique (efficience du système de santé, réduction des maladies chroniques, prise en charge de la dépendance...) et de maîtriser les dépenses, les pouvoirs publics cherchent à réglementer et réorganiser les parcours de soins. Dans ce cadre, deux tiers des axes forts [du programme de santé présidentiel](#) concernent des problématiques liées aux parcours de soins.

Plusieurs réformes se sont succédées en ce sens, dont parmi les plus représentatives :

- le parcours de soins coordonné
- le déploiement volontariste du Dossier Médical Partagé
- Ma santé 2022

En sus du remboursement des actes de télémédecine par la sécurité sociale, le programme SIMPHONIE simplifie la prise en charge financière du patient hospitalisé (en ambulatoire ou sur plusieurs jours), par la généralisation du tiers payant. Cette réforme phare fluidifie les parcours de soins en entrée et sortie en simplifiant les modalités de prise en charge et de règlement des actes de soins.

Pour lutter contre les déserts médicaux, la fin du numerus clausus prévue en 2020 pour les étudiants en médecine augmentera le volume de médecins formés, selon les capacités et les besoins des territoires concernés. Certaines incitations publiques (financières et en nature) encouragent également l'installation de praticiens dans des zones sinistrées du point de vue de l'offre sanitaire.

Enfin, pour lutter contre le phénomène de silo, le plan Ma Santé 2022 encourage le développement de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui regroupent des professionnels de santé hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux autour de projets de soins partagés. De même, le Dossier Médical Partagé (DMP), fait l'objet d'une campagne de déploiement forte portée par Agnès Buzyn. Par l'accès aux informations et la coordination du suivi médical du patient, le DMP présente un intérêt fort dans le cadre du lien ville-hôpital ou entre professionnels de santé en ville, en facilitant la transmission d'information et le suivi des maladies chroniques notamment.

Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) s'inscrivent également dans cette dynamique d'évolution des parcours de soins

En complément des évolutions réglementaires et des innovations technologiques développées par les Assurtech, les OCAM développent également des services pour améliorer les parcours de soins, dans un double objectif :

- améliorer la qualité de service proposée dans leurs garanties ;

- diminuer la sinistralité de leur portefeuille en évitant les parcours inefficients et coûteux : réduction du nomadisme médical, diminution des consultations inutiles et prescriptions à tort...

Le rôle de « facilitateur » dans le cadre des parcours de soins en tant qu'axe de différenciation pour les OCAM

La qualité et la diversité des services complémentaires à l'offre de couverture de soins sont aujourd'hui les principaux axes de différenciation concurrentielle des OCAM, et participent aussi à la fluidification des parcours de soins.

Le développement de réseaux de soins intégrant des professionnels de santé conventionnés et respectant des critères qualitatifs (équipements) et économiques (tarifs négociés, tiers payant) concourent à faciliter l'accès aux soins ainsi qu'à fluidifier les parcours de soins.

Dans le cadre des activités rattachées au Livre III du code de la mutualité, les OCAM ont aussi développé des centres de soins pluridisciplinaires qui fluidifient le parcours en soins en permettant aux patients (adhérents ou non), de bénéficier en un lieu unique d'une prise en charge médicale sur différentes spécialités (dentaire, optique, imagerie médicale...).

Les OCAM se positionnent également sur la qualité des soins, en offrant à leurs assurés l'accès à des comparateurs de cliniques et d'établissements hospitaliers, selon une liste de critères prédéfinis. Ces comparateurs permettent aux OCAM de diminuer la sinistralité de leur portefeuille en orientant leurs assurés vers des établissements de qualité.

De même, certaines OCAM proposent des services en partenariat avec des start-up comme « Deuxième Avis », qui permettent de limiter le nomadisme médical et rendent ainsi le parcours de soins plus efficient et moins coûteux.

Enfin, les dispositifs de téléconsultation et/ou télémédecine, développés en 1^{er} lieu par des assureurs et mutuelles, permettent également aux assurés de bénéficier d'un dispositif innovant et facilitant l'accès aux soins et l'orientation si besoin vers le professionnel de santé ou la structure les plus adaptés en cas de pathologie plus grave ou besoin d'examen approfondi.

Le positionnement sur les parcours de santé en tant qu'axe de différenciation augmenté pour les OCAM

Le champ d'actions des OCAM ne se limite pas aux parcours de soins, mais s'étend jusqu'aux parcours de santé (prévention et soins de suite).

En amont du parcours de soins, les OCAM se font ainsi le relais des campagnes publiques de prévention (Mois sans tabac, Octobre rose...) par le biais d'actions de communication spécifiques et le développement de plateformes ou de services spécialisés (ateliers thématiques, plateformes d'informations et de services...). Sachant qu'un quart des Français a aujourd'hui recours aux outils numériques pour suivre leur santé, un grand nombre d'OCAM ont également conclu des partenariats ciblés avec des fournisseurs d'objets connectés en santé (Withings, Fitbit...) pour donner accès à leurs assurés à des tarifs préférentiels sur ces produits.

En aval du parcours de soins, les OCAM proposent des services axés sur le médico-social. Ainsi, les mutuelles gèrent en France 2.600 services de soins et d'accompagnement (aide aux familles, aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap) qui accompagnent les garanties « cœur de métier » en santé.

Des pistes qui restent à explorer

Dans un objectif de contribution à l'amélioration des parcours de soins et du système de santé en lui-même, certaines pistes gagneraient à être approfondies par les OCAM pour développer de nouveaux produits et services.

Par des partenariats ciblés, les OCAM pourraient faire bénéficier leurs adhérents de bouquet de services à valeur ajoutée organisé en complément de l'offre de soins « cœur », en ville et à l'hôpital (ex : services de

conciergerie en hôpital, réservation de transports sanitaires...). Ce bouquet de services améliorerait ainsi l'expérience client-patient dans son parcours de soins.

L'exploitation des données pourrait également être utilisée pour générer des interactions clients-patients aux moments clés du parcours de santé et proposer des parcours de soins personnalisés. [Le Livre Blanc « Les Français et le partage des données de santé », publié par Synaxia Conseil](#) en novembre 2017 montre ainsi que, sous couvert de garde-fous, près du tiers des Français sont prêts à partager leurs données de santé avec leur assureur pour bénéficier d'un parcours de soins, voire même d'un parcours de santé optimisé, avec des conseils de prévention personnalisés. Les OCAM pourraient donc se positionner en tant que « clé de voute » des parcours de soins.

Les OCAM ont également un réel apport d'expertise et d'expérience terrain qui peuvent accompagner les initiatives publiques. Le Health Data Hub (HDH) a ainsi récompensé un projet développé par une OCAM, visant à calculer les restes à charge finaux des patients dans notre modèle de protection sociale, en se basant sur l'exploitation des données de santé publique.

Enfin, le secteur de l'entreprise constitue également un gisement à exploiter pour les OCAM, par l'accompagnement et la promotion de services axés sur le bien-être et pouvant ainsi s'intégrer au sein des parcours de santé (mise à disposition de guides préventifs, actions de prévention et de communication, développement du sport en entreprise...).

En conclusion, l'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose progressivement comme un axe transversal et structurant des systèmes de santé. La transformation des parcours de soins de ville et d'hôpital est aujourd'hui une nécessité prégnante face aux problématiques associées au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. Les acteurs publics et privés, y compris les OCAM, jouent un rôle moteur dans l'évolution des parcours de soins traditionnels, voire des parcours de santé, par la proposition de services innovants (accompagnement amont et aval de l'offre de soins, développement d'offres technologiques novatrices...). Cette proposition de services additionnels à forte valeur ajoutée est également accélérée par l'arrivée des Assurtech sur le marché de la Santé. Ainsi, au-delà des parcours de soins et de santé, les synergies entre les OCAM et les Assurtech pourraient impacter positivement, dans les années à venir, les parcours vie. Toutefois, la (r)évolution des parcours de soins ne peut aboutir de façon efficiente qu'à la condition que les professionnels de santé (en ville et à l'hôpital) s'approprient et participent activement à ces changements et à ces évolutions.

Sources consultées :

- <https://bit.ly/2YsUpol>
- <https://bit.ly/2L6dbAt>
- <https://bit.ly/2y1ACc7>
- <https://bit.ly/2Pvn1ck>
- <https://bit.ly/2N03d2v>
- <https://lemde.fr/2GGmX83>
- <https://lemde.fr/2Tilqfp>
- <https://www.h-4-d.com/>
- <https://bit.ly/2RCXwGR>
- <https://bit.ly/2Be15iv>
- <https://bit.ly/2GIqVge>
- <https://bit.ly/2DcDBdP>
- <https://bit.ly/2IAsigX>
- <https://bit.ly/31VctM>
- <https://bit.ly/2ImKkpR>
- <https://bit.ly/2PkHAWz>
- <https://bit.ly/2VpY09Q>
- <https://www.deuxiemeavis.fr/>
- <https://bit.ly/2x023Lg>
- <https://bit.ly/2VdLUMf>
- <https://bit.ly/2L1waBk>