

« L'approche parcours » est présente dans les travaux de la HAS depuis sa création en 2004.

Depuis plus de 10 ans, la HAS a renouvelé dans ses projets stratégiques successifs son engagement pour participer au développement d'une prise en charge sanitaire globale par la médecine de parcours. Ainsi, dans le projet stratégique 2013-2016, l'approche parcours constitue une des réponses proposées aux défis majeurs que représentent la maladie chronique, la polyopathie, la complexité des prises en charges additionnant parfois problèmes sanitaires et difficultés sociales.

Au titre des missions réglementaires qui lui ont été confiées concernant les maladies chroniques (Affection de Longue Durée ALD), la HAS a élaboré des documents illustrant la prise en charge de ces patients (**listes des actes et prestations** composant la prise en charge de ces patients dans le cadre de l'ALD). Dès le début, la HAS a estimé qu'il était nécessaire, pour contribuer à améliorer la qualité de prise en charge de ces patients, de développer, en complément, des référentiels à destination des professionnels de santé (**guide médecin**) pour leur permettre de mieux identifier les bonnes pratiques de soins.

Ces productions ont évolué par la suite :

- pour améliorer les **parcours des principales maladies chroniques** (BPCO, Diabète, insuffisance cardiaque, IRC, BPCO et pour des épisodes aigus entraînant le recours à l'hospitalisation (AVC, IDM)). Ces **guides parcours de soins** explicitent le processus de prise en charge du patient avec un accent sur la coordination des soins, principalement en ville, autour du médecin traitant.
- pour proposer des documents plus concis: **Fiches points clés organisation des parcours** avec pour objectif d'apporter:
 - soit sur un ou plusieurs «épisodes de soin critiques» choisis pour leur importance en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité d'un parcours de santé. Ces épisodes peuvent concerner une population ou une pathologie. Exemple: Comment organiser la sortie d'hospitalisation des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque? Comment organiser les épisodes critiques du parcours des patients atteints de sclérose en plaques ?
 - soit sur l'organisation et l'optimisation des parcours de santé, sans relation directe avec une pathologie. Exemple: Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?
- pour **mettre en œuvre les parcours et améliorer l'articulation nécessaire entre les différents professionnels** dans la prise en charge de ces patients :
 - Plan personnalisé de santé (PPS) : dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations «personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA)
 - Dossier de liaison d'urgence (DLU)
 - Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h
 - Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h
 - Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi
 - Mobiliser les acteurs pour déployer les parcours sur le terrain
 - Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé
 - Cadrage relatif aux prestations dérogatoires des réseaux de santé

- Tableau de bord suivi des indicateurs de suivi des réseaux de santé
- Outils de déclinaison du parcours des patients insuffisants réseaux en prétraitement de suppléance

Les projets réalisés ou en cours en 2016 :

- les différents travaux sur le parcours des personnes ayant une maladie chronique en phase palliative. Ce projet s'est inscrit dans une approche transversale pour développer des outils communs à toutes les maladies chroniques afin de pour compléter la démarche parcours de soins par maladie.
- Prise en charge du patients VIH
- SEP
- Organisation de la filière diagnostic et prise en charge précoce des enfants atteints des troubles du langage et des apprentissages (troubles dys)
- Prévention de la dépendance liée à l'hospitalisation et
- Ortho gériatrie

A l'évidence, la HAS poursuivra dans le cadre de son futur projet stratégique ses travaux sur les parcours. Nos ambitions se concentreront autour de 3 axes :

- Poursuivre nos productions pour les **parcours complexes** pour lesquels la prise en charge ambulatoire nécessite une coordination de plusieurs acteurs autour du MT.
- Donner un **rôle central de la médecine générale** : beaucoup de choses ont été faites mais l'HAS doit être à l'écoute de leur besoin et produire des référentiels et documents qui répondent à leur besoin et qui leur sont utiles dans la pratique. Il est notamment nécessaire de leur proposer des référentiels pour les aider dans les co-prises en charge avec le second voir le troisième recours (CHU).
- Continuer à développer **les approches patient centré** : le patient au cœur de la prise en charge quelle que soit la complexité de sa ou ses pathologies : s'inscrire dans la production d'outils qui vont au-delà d'une information patient, et qui permettre d'entrer dans une démarche de décision partagée tout au long du parcours. (ex du VIH)

Quelques remarques et questions qui se posent :

- L'approche parcours ne correspond pas à l'addition de prises en charge de qualité mais **la combinaison** de bons soins, par les bons professionnels dans de bonnes structures. Importance de continuer à élaborer des **référentiels de bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles**.
- Le virage Ambulatoire c'est amont et l'aval et cela ne doit pas être subit.
- Produire **des référentiels pour qui ? pourquoi, pour quels objectifs ?** Il faut développer le pluri pro pour autant, ces nouveaux modes d'organisation représentent approximativement que 10% des professionnels libéraux. Pour améliorer la qualité des soins, il faut faire évoluer

les pratiques dans leur ensemble. Pour cela, nos productions devront pouvoir répondre aux professionnels quel que soit leur mode d'exercice.

- Comment prendre en compte les organisations émergentes et promues dans la loi santé ? (Equipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé et fonctions d'appui (plateforme territoriale d'appui (PTA))...