**Le Parcours de Soins Coordonnés**

**Principal outil de régulation**

**du système de soins**

**IMPERATIFS**

 Les Soins de Santé de Base (SSB) nécessitent une philosophie et une approche propres, pour atteindre de façon efficiente et équitable la couverture sanitaire universelle et les Objectifs de Développement Durable(ODD),

La mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP) dans certains pays comme Cuba, la Bolivie, le Kenya, la Malaisie, la Thaïlande, y a montré une nette amélioration des indicateurs de santé.

Le Maroc qui aspire aujourd’hui à étendre d’avantage sa couverture médicale, a plus que jamais besoin de réaliser une réingénierie de son système de santé, en institutionnalisant entre autre, la notion de « parcours de soins coordonnés », articulé autour d’un médecin de premier recours dont on devra renforcer les capacités et centré sur la patient via son dossier médical informatisé.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Le Parcours de Soins Coordonnés (PSC) qui consisterait à mettre en place un médecin traitant (MT) au cœur du dispositif de santé, en lui confiant le suivi médical des patients, apparait comme étant l’évolution la plus structurante du système de santé, pour en éradiquer le nomadisme médical et en maîtriser les dépenses.

Cette réorganisation du système de santé autour de la médecine de parcours doit théoriquement permettre, tout en revalorisant le médecin généraliste de :

* dégager des gains d’efficience et contribuer à lutter contre les inégalités en matière d’accès aux soins ;
* réaliser un décloisonnement de l’organisation des soins, recentrée autour du Médecin Traitant ;
* mettre en place un volet préventif, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
* réaliser des économies substantielles

**ORGANISATION DES SOINS SOUS D’AUTRES CIEUX**

**Le Maroc**

Dans notre pays, la filière publique des soins démarre par le centre de santé ou le centre de diagnostic, véritables plaques tournantes  qui peuvent adresser les patients directement à toutes les structures du système, tout en recevant un feed-back.

Dans le secteur libéral national par contre, en l’absence de dispositif de prise en charge clair et codifié, le patient qui ne dispose pas d’un point d’entrée dans le système, définit lui-même …un véritable parcours du combattant !

Cette situation engendre un véritable « nomadisme médical » responsable de retards de diagnostic, de redondances dans les traitements et les examens complémentaires, de surmédicalisation et de surcoûts pour l’état et les caisses d’assurance maladie.

De nombreux congrès et forums organisés tant par le ministère de la santé, que par la communauté médicale nationale (SMSM, l’ordre national des médecins, associations médicales, etc.) et les organisations internationales (OMS, BM, USAID, etc.), ont régulièrement mis l’accent sur le rôle central de la médecine de première ligne dans l’organisation des systèmes de santé et sur le danger d’un accès direct et sans régulation à une médecine spécialisée onéreuse.

Le secteur libéral compte plus de médecins spécialistes que de généralistes, ce qui impacte négativement l’équilibre des caisses (CNSS, CNOPS).

Les dépenses liées aux affections longue durée (ALD) et qui représentent 51 % des dépenses globales de l’AMO, bien qu’elles ne concernent que 3,3% des assurés,  sont en grande partie prises en charge par la médecine spécialisée qui « absorbe » 80% des remboursements de l’ANAM, contre 20% pour la médecine générale (source ANAM).

Depuis sa création il y a près de dix années, le Syndicat National de Médecine Générale (SNMG) n’a eu de cesse de plaider, tant auprès des caisses d’assurance maladie que du département de la santé, pour une réorganisation du secteur libéral via un parcours de soins coordonnés, articulé autour de la médecine de première ligne et centré sur le patient et son dossier médical ; permettant ainsi une rationalisation des prestations et une économie de moyens tant matériels qu’humains et financiers.

Sensibilisée par nos soins à cette problématique, l’ANAM a organisé en avril 2016 un voyage d’études en France, Belgique et Pays Bas, à l’attention de trois syndicats libéraux, justement dans le but de s’enquérir de l’organisation des soins de santé dans ces trois pays. Dans ces contrées et pratiquement partout dans le monde, la médecine générale représente la « porte d’entrée » des systèmes de soins qui, en voyant renforcés leurs soins de santé de base ont observé une nette amélioration de leurs indicateurs de santé.

**La France**

Le « virage ambulatoire » opéré par le système de santé français, grâce à la Loi Douste Blazy de 2004, a permis de réorganiser le paysage sanitaire autour de la médecine de première ligne et de réaliser dans la foulée des économies substantielles . Le déficit de la caisse nationale d’assurance maladie est passé en 2004 de 11 à 3 milliards d’euros.

Le voyage d’étude organisé par l’ANAM en avril 2017 et qui a réuni les représentants des syndicats de la médecine libérale ambulatoire, ceux du Ministère de la Santé, du CNOM et de l’ANAM ; nous aura permis d’observer de plus près l’organisation des systèmes de santé de trois pays européens ; à savoir la France, la Belgique et les Pays-Bas.

Dans ces trois pays, le système de soins de santé gravite autour de la médecine de première ligne. Le médecin généraliste /médecin de famille y joue donc un **rôle central** !

Le respect du parcours de soins dans ces systèmes, sous-entend une prise en charge totale des dépenses de santé par l’Assurance Maladie. A défaut, et à quelques exceptions près (Passage direct pour certaines spécialités et dans certaines situations : gynéco, ophtalmo, éloignement, etc.), les patients s'exposent à des sanctions à type de majorations financières.

En France, pays le plus proche de nous, le parcours de soins coordonnés repose sur deux éléments essentiels :

 - **Le choix du médecin traitant (MT);**

 -  **Le dossier médical partagé (DMP)**.

**Le choix du médecin traitant (MT) :**

En 2004, le citoyen français a été appelé à choisir en toute liberté un médecin traitant (MT) et à domicilier chez lui son dossier médical. Ce MT pouvant être généraliste ou spécialiste ; mais si dans le premier cas le médecin est habilité à prendre en charge la plupart des pathologies et à référer quand nécessaire le patient à un spécialiste,  dans le second cas de figure, le médecin spécialiste /médecin consultant (MC), ne doit pouvoir traiter que les pathologies relevant de sa spécialité et « retourner » le patient à son médecin traitant.

**Le dossier médical partagé informatisé (DMPI):**

Véritable carnet de santé toujours accessible et sécurisé car informatisé, auquel seuls ont accès le patient et les professionnels de santé autorisés (médecin, infirmier, pharmacien…).

Il est utile pour :

* Vérifier la domiciliation médicale du patient chez un MT,
* Assurer le suivi médical,
* Rémunérer le médecin traitant/consultant,
* Assurer le contrôle par les caisses d’assurance maladie, quand nécessaire.

Les sondages révèlent que 85 % des Français se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leur médecin généraliste et que plus de 80 % d’entre eux ont le même médecin généraliste depuis plus de 13 ans. Cette continuité des soins sert de socle indispensable aux patients comme aux médecins, notamment dans la gestion des maladies chroniques qui constituent plus de 60 % des problèmes de santé de la population.

En France, le médecin généraliste, quand il est choisi comme médecin traitant, consacre un temps reconnu et rétribué par les caisses d’assurance maladie, indispensable à la coordination des soins autour de son patient ; notamment par ses relations avec les autres acteurs du parcours de soins (médecins correspondants, médecins hospitaliers, pharmaciens, biologistes, infirmiers, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, assurance maladie, médecins du travail, médecins conseil, etc.).

**CONCLUSION**
Toutes les revues de la littérature montrent, que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires efficaces, avec des médecins généralistes/médecins de famille qui pratiquent au sein de la communauté et qui sont capables à la fois de répondre aux demandes de soins les plus complexes et de les tempérer ; fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique, que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires.

Le médecin généraliste, parce qu’il connaît ses patients, est capable de percevoir de minimes changements dans l’état physique ou psychologique de ceux-ci. Le diagnostic précoce des maladies en est facilité : il repère par exemple plus précocement les patients souffrant de diabète, d’HTA, de troubles psychologiques ou psychiatriques (stress, angoisse, dépression). Sa capacité à suivre ses patients dans le temps et dans leur environnement réduit aussi le nombre des hospitalisations non nécessaires.

Pour information, seules 1 % des consultations nécessitent une hospitalisation et 5 % un recours aux autres spécialistes (OMS).

Les activités du médecin généraliste permettent donc un meilleur usage des ressources médicales et économiques pour répondre de façon médicalement adaptée aux besoins de ses patients et de la santé de la population.

La mise en place d’un parcours de soins coordonnés permettra de restructurer le système qui gagnera en efficience, réalisera un décloisonnement de l’organisation des soins, recentrée autour d’un médecin qui met d’avantage d’accent sur le volet préventif, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables. Cette réingénierie du système de santé contribuera à lutter contre les inégalités en matière d’accès aux soins et permettra in fine de réaliser des économies substantielles.

L’élaboration pour notre pays d’une vision globale d’un système de santé qui place l’individu au centre de ses préoccupations et organisé autour d’un MT de première ligne est un véritable projet de société, ambitieux, certes ; mais comme le souligne l’OMS à propos du système cubain : «il est possible pour un pays du Tiers- Monde aux ressources limitées, de mettre en place un système de santé performant et d’offrir à l’ensemble des populations une protection sociale digne de ce nom, s’il y a la volonté politique de placer l’être humain au centre du projet de société.

**Le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques, couplés à la nécessité de l’égalité de l’accès aux soins (Extension de la CUS),, impliquent le recentrage de notre Système de Santé autour des soins de santé de première ligne**

* QQUES DEFINITIONS
* **Trajectoire = contacts du patient avec les structures de santé**
* **La filière** :

Le regroupement des trajectoires typiques ou fréquentes,

Généralement la filière est conçue dans un sens restrictif et réduite à la dimension **verticale**.

Elle est caractérisée par :

* + Les intervenants successifs,
	+ La nature des soins apportés par chacun d'entre eux et
	+ Les règles de progression du patient entre ces divers intervenants.

**Raison d’être de la filière de soins**

L’organisation en filières respecte **l’indépendance des acteurs**, chacun prenant la suite de l’autre par un mécanisme d’**adressage**.

La **continuité** est assurée par le passage de relais sous forme de **courrier** ou de compte rendu. Dans cette situation, l’option **«référent»** engage le malade à consulter son médecin généraliste avant toute consultation spécialisée, sauf exception.

* **Le réseau**



* + Mode d’organisation (horizontale) des filières.C’est "une forme organisée d'actions collectives apportées par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné

Réseaux et filières obéissent à la même logique : *décentraliser* l'organisation des soins afin de *décloisonner* le système de soins et de l’*adapter* à la réalité des personnes, à leurs besoins ou leurs aspirations (*patient au centre du Système de Santé*).

LEGISLATION

* Art 7 D2-14-562 : l’offre des soins est régie par le principe de la **gradation** des niveaux de soins

* Art 16 : des dispositifs particuliers de coordination des prestations de soins entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé et entre les différents niveaux de prise en charge hospitalier, externe et ambulatoire, seront institués et notamment:
* des **filières** et des niveaux de soins organisés à *partir des médecins*

 *généralistes pour le secteur privé* et des services de soins de santé de

 base pour le secteur public;

* des **réseaux coordonnés de soins**, notamment pour les patients atteints d’une affection exigeant une pris e ne charge globale, multidisciplinaire.

**La législation prévoit la gradation dans l’offre de soins ainsi que l’organisation des filières et des réseaux de soins dans chaque secteur et entre les deux secteurs**

* Art 15 et 16 : Le schéma régional de l’offre des soins (SROS) est présenté comme un outil de planification et d’organisation de l’offre de soins. Il constitue la base pour la coordination des prestataires de soins publics et privés de différents niveaux, à travers l’organisation des **filières** de soins et la mise en place des **réseaux** coordonnés de soins

* L’article 29 prévoit « l’encouragement du secteur privé à investir dans le

 cadre de la carte sanitaire, à faire partie d’un **réseau** de soins d’utilité

 publique sous réserve d’un cahier des charges ».

La Convention Nationale signée en 2006 entre l’ANAM et les syndicats, prévoit parmi, les conditions du conventionnement ( dans son article 3), que «  Les parties signataires conviennent d’étudier ensemble sous l’égide de l’ANAM, la réalisation et la mise en œuvre d’outils de régulation et d’accompagnement, et ce dès la signature de la présente convention. Ces outils concernent, entre autres et en particulier, l**es formes et les modalités appropriées pour la mise en place du parcours de soins coordonnés ;**

LE MODELE BRITANIQUE (NHS)

* Système de santé **Beveridgien**, mis en place en 1945; qui repose sur le principe d'un accès universel au système de soins, sans lien avec la notion de travail. Accès gratuit aux soins (médecins payés directement par les autorités), conditionné par l’inscription obligatoire chez un généraliste du district (*general practitioner*), exerçant dans un cabinet de groupe, qui traite la majorité des demandes de soins et réfère les cas qui relèvent des échelons supérieurs;
* ***Le choix du médecin n’est pas libre mais encadré par une sectorisation géographique;***
* Spécialistes et hospitalisations essentiellement publics.

