Parcours de santé versus soin de la personne âgée en Auvergne : proposition d'une définition organisationnelle

Mots clés

Santé, filière gériatrique, Indicateurs de performance, maintien à domicile, coordination

Coordonnées

Rochette, Corinne, Université d'Auvergne – Clermont 1, corinne.rochette@udamail.fr

Rodier, Sophie, Université Blaise Pascal – Clermont 2, sophie.rodier@univ-bpclermont.fr

Résumé

Dans un contexte sociodémographique marqué par une part grandissante des personnes âgées dans la population, l'attention portée aux dépenses de santé et à l'adaptation du système aux spécifiés de prise en charge et de traitement de cette catégorie de population concerne de nombreuses disciplines dont les sciences de gestion et les sciences de l'ingénieur. Ces deux champs disciplinaires peuvent permettre en travaillant conjointement d'apporter des réponses plus complètes quant à l'identification des acteurs, intervenant dans le système de santé, les moments de leur (s) intervention(s), les relations qu'ils entretiennent entre eux, leurs contraintes d'action, cela afin de parvenir à identifier les agencements organisationnels (entre les parties prenantes du système) à retenir pour une plus grande efficience. Cependant, une première difficulté provient de la variété terminologique utilisée. Aussi nous nous proposons dans cette communication de balayer ce que recouvrent les expressions de « parcours de santé », « parcours de soin » et parcours de vie » pour les instances juridico-administratives et les chercheurs en gestion et sciences de l'ingénieur s'étant penchés sur ces éléments afin de dégager la définition qui sera adoptée pour nous travaux.

Mots clés : parcours de santé, parcours de soin, définitions, sciences de gestion, sciences de l'ingénieur

Introduction:

Les perspectives démographiques sur le vieillissement de la population française, l'augmentation de l'espérance de vie, l'émergence des maladies chroniques et leur impact sur l'organisation du système de santé constituent un défi considérable en matière d'organisation des prestations de santé en direction des personnes âgées (ANAP, 2011) et ont suscité de nombreux travaux. Parmi ces derniers, on retrouve un certain nombre de « chantiers » conduits par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP, 2013) (ANAP, 2011)[c1]. Les études réalisées par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM, 2010) ou encore par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et de la Statistique (DREES) ont contribué à alimenter les réflexions de l'ANAP et ont montré que le niveau

anormalement élevé des dépenses individuelles liées au grand âge trouve son origine dans le défaut d'organisation du système de santé. L'insuffisance de transversalité pour répondre aux besoins des personnes ne permet pas de faire face à la complexité de situations relevant conjointement de problématiques sanitaires, sociales et environnementales et a des conséquences directes en termes d'efficience. Il est indispensable, pour une meilleure approche de la question, d'adopter une approche pluridisciplinaire. Elle est nécessaire pour pouvoir mettre en place des dispositifs de prise en charge adaptés, coordonnés et efficients permettant de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Le « défaut de transversalité » et « le manque de coordination » évoqués par le HCAAM, et le Centre d'analyse stratégique au niveau national se retrouve au niveau régional où le constat, partagé par l'ensemble des acteurs, porte sur le morcellement des parcours de soins des personnes âgées qui freine l'accès à une palette de structures adaptées sur l'ensemble du territoire. Bien qu'il existe des partenariats entre les acteurs, ces derniers restent hétérogènes d'un territoire à l'autre de la région et ne sont pas suffisamment formalisés pour garantir une continuité dans les parcours. On se retrouve plus souvent face à des « *juxtapositions de conventions bilatérales entre acteurs sommés de coopérer* » que face à de réels réseaux de soins coordonnés (Daigne, Bonnin, Farsi, & Grémy, 2004). Face à cette multiplication des dispositifs et donc des intervenants on peut s'interroger sur :

- la capacité du système de santé à traiter de façon efficiente, par des prestations de qualité, les besoins des personnes âgées
- la capacité des services du secteur à répondre correctement aux enjeux d'un accompagnement à domicile de qualité
- la nature et la qualité des réponses apportées par les différents services, ces réponses sont –elles opportunes, complémentaires, de nature à éviter ou limiter les ruptures et les redondances?

Ces questions sont largement liées au contexte démographique, à la configuration géographique des territoires, aussi il parait nécessaire de réaliser préalablement, à la réflexion sur les possibles solutions envisageables, un état des lieux du parcours de santé de la personne âgée pour les zones confrontées à des questions. Nous nous proposons de réaliser ce travail pour l'Auvergne dans le cadre d'un programme de recherche. L'objectif est de parvenir à la réalisation d'une cartographie des territoires de santé présents avec leurs spécificités, des acteurs intervenant dans ce parcours, de mettre en évidence les interactions de ces éléments avec le reste de leur environnement, d'identifier les freins à une prise en charge pluridisciplinaire et complémentaire.

Afin de réaliser l'état des lieux du parcours de santé de la personne âgée en Auvergne en vue de son amélioration, voire de son optimisation, il est nécessaire de nous interroger dans un premier temps sur cette notion centrale de « parcours » tel qu'il peut être défini dans le concept de « parcours de santé » mais également dans celui de « parcours de soins », largement utilisé. En effet, il est primordial de parvenir à une définition commune de ce qu'est un parcours de santé et/ou de soin afin de les acteurs issus de cultures disciplinaires (médicale, sociale, gestionnaire, logisticienne…) et organisationnelles (structures publiques, associatives, acteurs privés) puisse parler d'un même objet et se

comprennent. En effet, dès les premiers échanges nous nous sommes trouvés confrontés à une variété terminologique qui peut recouvrir des notions identiques ou diverses, aussi ce premier travail s'inscrit dans une perspective de clarification sur l'objet d'étude une première étape nécessaire.

Après avoir posé le contexte de nos travaux de recherche dans une première partie, nous nous placerons dans une démarche descriptive dans laquelle nous nous intéresserons dans une deuxième partie aux définitions trouvées de ces différents concepts (parcours de santé, parcours de soin, itinéraire de santé…) dans la littérature professionnelle et académique, il est en effet primordial que praticiens et chercheurs s'accordent sur l'objet étudié. La troisième partie correspond à la proposition de définitions intégratrices ainsi qu'à l'identification du périmètre auquel renvoient les définitions retenues afin de poser les bases de notre travail futur.

1) Contexte de nos travaux

Nos travaux sont réalisés dans le cadre du projet baptisé SaAge (pour Santé et Age), il concerne le « Parcours de Santé de la personne âgée en Auvergne : des besoins de la population à l'offre de soins », ce projet est soutenu par le Conseil Régional d'Auvergne et est monté en partenariat avec deux laboratoires de recherche intervenant dans des champs disciplinaires complémentaires (le Centre de Recherche Clermontois en Gestion et Management (CRCGM – EA 3849), le Laboratoire d'Informatique, de Modélisation et d'Optimisation des Systèmes (LIMOS - UMR CNRS 6158)) et l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne.

En nous appuyant sur les travaux déjà réalisés au niveau national par l'ANAP et la DGOS (ANAP, 2013) (ANAP, 2011) (ANAP-DGOS, 2011) (DGOS, Octobre 2012) nous nous intéressons à la complémentarité et à l'adéquation des offres de soins pour la prise en charge de la personne âgée en région Auvergne.

Plus largement, nous nous inscrivons dans la logique des parcours de santé initiée par le ministère qui peut se résumer comme suit « *faire en sorte que la population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et le tout au meilleur coût* » (Comité National sur le Parcours de Santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie, 2013). Cet objectif comporte :

- une dimension qualitative : apporter la solution de santé adéquate et satisfaisant le patient, ses accompagnants et les professionnels de santé,
- une dimension financière (veiller au bon usage des deniers publics)

Compte tenu de la grande complexité du secteur et notamment de l'existence de nombreux types d'organisations (publiques, privées à but non lucratif…), intervenant dans différents cadres juridiques, en proposant un seul service (mono activité) ou au contraire plusieurs activités (organisme multiservices), un premier objectif de notre démarche consistera à identifier l'ensemble des situations présentes et les acteurs associés sur les territoires de santé de la région Auvergne, en croisant ces différents critères (juridique, administratif, activité). Une analyse environnementale des structures étudiées complètera

ce travail et permettra de mettre en évidence les variations locales et les constantes de la prise en charge du parcours de santé de la personne âgée entre les différents territoires de santé de la région Auvergne

A partir de cet état des lieux, nous pourrons alors concevoir des outils permettant une évaluation quantitative et une comparaison objective entre les différents schémas (réseaux) organisationnels actuels et les différentes propositions d'organisation issues de l'étude afin de présenter un ensemble de préconisations visant à une d'amélioration de la continuité des soins et de la qualité de la prise en charge du parcours de la personne âgée en Auvergne, et plus généralement sur un territoire donné dans la mesure où certains résultats pourraient être transférables aux zones présentant des similarités fortes avec celles étudiées.

Notre stratégie de recherche repose sur la complémentarité entre les compétences en sciences de gestion et en informatique des deux laboratoires de recherche porteurs du projet. L'analyse des systèmes étudiés fera largement appel aux méthodes et outils des Sciences de gestion : enquêtes, témoignages, entretiens semi-directifs ou directifs afin de représenter la structure organisationnelle des parcours de soins des personnes âgées, les relations entre les acteurs. Par ailleurs, le sujet présente un intérêt managérial dans la mesure où la qualité de service constitue un enjeu important pour les organismes offreurs de services à la personne (Saunier, 2012). La multiplication de dispositifs réglementaires (agréments, autorisation) et privés (labels, certifications) de régulation de la qualité sur le secteur témoigne de cette préoccupation (Petrella & Richez-Battesti, 2010).

Afin de pouvoir prendre en compte les aspects logistiques particulièrement importants dans la thématique étudiée, à travers notamment les problématiques de planification, d'ordonnancement de tâches et de tournées de soins, les méthodes et outils issus de l'informatique et plus spécifiquement de la recherche opérationnelle arriveront alors en support de ceux utilisés en sciences de gestion permettant d'aller plus loin dans l'analyse des configurations organisationnelles

L'utilisation de ces méthodes et outils interviendra dans un deuxième temps dans la conception des outils d'aide à la décision permettant l'évaluation de la performance et l'optimisation des systèmes étudiés. Ces aspects ne seront pas abordés lors de cette communication mais la logique sera présentée afin de resituer le travail dans sa totalité.

Comme nous l'avons dit en introduction, l'objet de cette communication est donc de poser les bases de notre travail en proposant des définitions intégratrices des concepts de « parcours de soins » et « parcours de santé » « itinéraires de santé »… permettant ainsi de délimiter conjointement le champ d'étude et d'action.

2) Parcours de soins VS parcours de santé

Les termes « parcours de soin(s) » et « parcours de santé » sont aujourd'hui très largement répandus. Il suffit pour s'en convaincre de lancer une rapide recherche sur le

terme « parcours de soin » pour obtenir plus de 200 000 réponses en moins d'une seconde avec le moteur de recherche Google.

Avant de nous intéresser aux définitions données à ces termes par la littérature dans les domaines de la gestion et de l'informatique, domaines disciplinaires des deux laboratoires de recherche porteurs du projet, nous nous sommes tournées vers les textes législatifs (code de la santé publique, code de la sécurité sociale, etc.) et les règlements (décrets, arrêtes) afin d'identifier le contenu de la terminologie utilisée

a) Définitions issues des textes de loi et par des organismes publics

Selon l'ANAP qui travaille depuis 2010 sur le sujet des parcours de santé des personnes âgées, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé « **le parcours de soins** » afin que les patients soient pris en charge de façon coordonnée (ANAP, 2013). Si l'on se réfère à cette loi, le terme de « parcours » n'est pourtant à aucun moment défini et employé en dehors de l'expression de parcours de soin

Il faut attendre le Décret n° 2007-1257 du 21 août 2007 (relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques) pour voir apparaître le terme « parcours de soins» pour la première fois dans un texte de loi, sur un domaine bien spécifique (les patients greffés) et sans pour autant qu'il ait été défini auparavant.

Le terme sera ensuite repris par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 69 sur les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et l'article 84 sur l'inscription de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins) puis à plusieurs reprises dans les lois de financement de la sécurité sociale depuis 2011 ainsi que dans plusieurs autres décrets.

Le terme « parcours » apparaît ainsi dans treize articles du code de la Santé Publique et dans un article du code de la Sécurité Sociale. A douze reprises il est utilisé dans l'expression « parcours de soin(s) ». Les deux exceptions datent de 2013 dans l'article L2325-1 du Code de la Santé Publique faisant référence au code de l'éducation et au « parcours de santé dans le système scolaire » puis dans un second article du même code (L1435-8) modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 du 22 décembre 2014 et faisant allusion aux « parcours de santé coordonnés ».

Si l'utilisation des expressions « parcours de santé » et « parcours de soin(s) » reste limitée dans les textes de loi, elle est plus largement utilisée par les organismes officiels en lien avec le ministère de la santé, comme par exemple la DGOS (direction administrative du Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes), la Haute Autorité de Santé – HAS (autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale), l'ANAP (groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux) ou encore les Agences Régionales de Santé (établissement public administratif de l'État). La HAS, a été créée en 2005 afin de *« contribuer à la régulation du système de santé par la qualité et l'efficience »*, elle exerce ses missions dans les champs

de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.

A la question « Qu'entend-on par parcours de soins ? », la HAS répond que les parcours de soins *« comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)... »* (HAS, 2012). La définition de la HAS est donc large, elle englobe l'ensemble des acteurs et actes touchant de près ou de loin à la santé.

La HAS propose également une définition de l'expression « parcours de santé » dans son Glossaire en ligne « Déployer les parcours de santé - Lexique du changement ». Le « parcours de santé » est alors présenté comme le *« Résultat de prestations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes dans le cadre de dépenses maitrisées. Leur organisation découle du travail quotidien des acteurs au sein d'organisations locales ou territoriales.[•••] »* (HAS, 2015).

Ces deux définitions laissent une latitude importante d'interprétation, et ne permettent pas véritablement de parvenir à une définition claire de ce que recouvre le « parcours de santé » et le « parcours de soin »

L'ANAP en s'appuyant sur les travaux de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, 2008) et du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM, 2010) (HCAAM, 2011) propose en décembre 2013 un ensemble de préconisations dans son rapport «***Construire un parcours de santé pour les personnes âgées*** ». Celui-ci est constitué de fiches thématiques et issues des retours d'expérience des accompagnements que l'ANAP a effectués auprès des ARS Pays de la Loire et Île-de-France depuis 2011 (ANAP, 2013) . Si elle propose plusieurs rapports et guides méthodologiques sur les notions de « parcours de santé » elle ne propose toutefois pas de définition formelle de cette expression.

Les ARS créées à l'article 118 de la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ont également publié de nombreux travaux sur le domaine. Elles éditent en septembre 2012 un lexique qui regroupe les concepts les plus fréquemment évoqués dans les parcours (ARS, 2012). Ce document a été élaboré par les ARS en concertation avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Direction générale de la cohésion sociale, la Direction générale de la santé, la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, le Secrétariat général des ministères charges des affaires sociales. A l'origine de cet ouvrage, deux constats énoncés dans son introduction rendent compte de l'imprécision à laquelle renvoie la terminologie utilisée et de l'absence de définition commune de notions pourtant clés :

- la pluralité de concepts utilisés dans les parcours et définis de manière hétérogène selon les intervenants.

- le périmètre des parcours (personnalisé, soins, santé, vie) qui ne fait pas l'objet « d'un consensus entre et au sein des ARS, des directions et des opérateurs nationaux »

On trouve dans ce lexique trois niveaux de définition des concepts : **normatif** (normes internationales, textes législatifs ou règlements) ; **référence publique** (textes émanant d'autorités publique) ; **usité** (sources issues de la littérature, utilisation dans les ARS ou structures du système de santé, etc.). Ce lexique ne propose donc pas de définition unique de chaque concept mais plutôt un recueil des définitions issues ou inspirées des textes de lois références publiques ou de la littérature et ayant obtenu une certaine adhésion de la part des acteurs à l'origine de sa publication. Il présente l'avantage de proposer un recensement des notions manipulées.

Pour définir le « parcours de soins », ne pouvant proposer de définition normative, ce document s'appuie sur la définition proposée par l'HAS et précédemment citée (cf. supra - (HAS, 2012)) auquel il ajoute en références publiques deux avis émis en 2012 par la Direction générale de la santé et par la Direction de la Sécurité Sociale :

- Le premier concerne *« La continuité du parcours de soins [qui] se conçoit selon six dimensions : **temporelle, géographique, interdisciplinaire (recours au juste niveau d'expertise), relationnelle (attentes partagées), informationnelle (communication adéquate), économique** ».*
- Le deuxième fait allusion à un avis du HCAAM datant du 22/03/2012 et précise que *« **dans l'expression parcours de soins, le mot « soins » doit s'entendre dans un sens plus large que le seul soin clinique ou technique**. »* (ARS, 2012) ; certains membres du HCAAM allant jusqu'à exprimer le souhait de remplacer « parcours de soins » par d'autres expressions telles que « trajet de soins » ou « parcours de santé ».

Pour ce concept de « parcours de santé », le lexique ne fait apparaître aucune définition normative ou référence publique. Il introduit alors deux définitions usuelles :

- La première, inspirée de la définition de l'ARS Bretagne se veut générale : *« Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. Il concerne **l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico social et le social** »*
- La seconde, inspirée de la définition du président du Collectif Inter associatif sur la santé (CISS, regroupement d'associations d'usagers) et de l'ARS Bourgogne complète la première par une seconde approche qui est celle de l'**usager** : *« Du point de vue de l'usager, le parcours de santé comporte l'information sur la maladie et les options thérapeutiques, l'établissement d'un plan de soins et l'aide à son suivi, le droit au second avis, le soutien et l'accompagnement du patient comme de son entourage. »*

Il est intéressant de noter enfin que dans le titre même du lexique élaboré par l'ARS, les concepts de « parcours de soin » et « parcours de santé » sont complétés par celui de « parcours de vie ». Selon la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, s'intéresser au « parcours de vie» consiste à *prendre en compte « les étapes successives de la vie de*

la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. […] Il fait référence à la dimension de l'accompagnement global qui repose sur l'examen de la situation de la personne dans son ensemble, au cours d'une évaluation personnalisée : projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources, etc. » (ARS, 2012)

b) Définitions issues de la littérature dans le domaine de la gestion et de l'informatique

Du côté des sciences de gestion, les recherches relatives au système de soin et de santé portent sur la dimension économique des parcours de soins. (Chkair, Bouvet , Daurès, Landais, & Castelli, 2014) Maunoury et al, 2009), Domin, 2008, Kerlau, 2012).

Chkair et al. (2014) développent une réflexion sur le parcours de soins et son périmètre autour des dimensions temporelle et spatiale. Leur travail s'appuie sur la définition du parcours de soins coordonné mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : « *Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. ».Le parcours tel qu'il est défini ici s'entend comme un ensemble d'actions coordonnées »,* par ailleurs *« pour une même pathologie un parcours de soins est composé de plusieurs trajectoires possibles ».* Les chercheurs posent clairement la distinction entre les notions de parcours et trajectoires, pour une même pathologie le patient peut suivre diverses trajectoires. La trajectoire semble plus s'apparenter à un outil d'aide à l'information voire à la décision. Pour ce qui est de son périmètre, ils s'intéressent principalement à l'horizon temporel auquel s'achève le parcours (il débute avec le diagnostic et prend fin lorsque les soins sont terminés) sans chercher à identifier plus en avant les intervenants. La perspective adoptée par les chercheurs est centrée sur la valorisation du parcours de soins (la définition de la tarification à retenir), ils s'intéressent donc à son contenu en termes d'actions valorisables. Ils abordent la notion de « panier de soins » comme « *pouvant couvrir des soins très divers : hospitalisations, consultations, acte d'imagerie ou de biologie, soins à domicile…* » (Chkair et al, 2014) mettant en avant le fait qu'un panier contenant peu de soins peut être plus couteux qu'un panier comportant un grand nombre de soins.

D'autres auteurs s'intéressent à cette notion de « parcours de soins coordonnées » et à sa dimension économique sans pour autant définir le concept (Maunoury, et al., 2009) (Domin, 2008) (Kerlau, 2012).

Dans le rapport « Etudes économiques de l'OCDE » de décembre 2008, une définition plus détaillée est donnée des parcours de soins hospitaliers (OCDE, 2008) : *« Les parcours de soins permettent de standardiser les traitements médicaux des patients présentant un problème clinique donné. Il s'agit de programmes de soins relevant de différents services hospitaliers qui se caractérisent par une combinaison optimale de traitements successifs (traitements médicamenteux, interventions du personnel médical) pour assurer le meilleur rétablissement possible. »* Mais là encore les auteurs s'intéressent

particulièrement à l'aspect économique du parcours de soins et à sa contribution pour *« améliorer l'efficience et la qualité des soins dans les hôpitaux ».*

Dans ses travaux sur les réseaux gérontologiques, Christelle Bruyère (Bruyère, 2009) s'intéresse plus spécifiquement au parcours de soins de la personne âgée avec une perspective processuelle. Elle cherche ainsi à reconstituer la trajectoire « type » de la personne âgée au sein d'un réseau gérontologique. Outre la notion de « coordination » largement traitée, elle introduit également celle de « réajustement » du parcours en fonction de l'état du patient ou de son environnement.

Outre l'intérêt marqué des recherches en gestion pour la dimension économique qui s'expliquent par les caractéristiques contextuelles (coût des dépenses de santé supporté par la collectivité) nous pouvant identifier un courant de recherche en sciences de gestion autour de la satisfaction des patients plus précisément de la manière dont celle-ci se construit sur la base des points de contact (parcours de soin) avec le système de santé (Kobeissi et Aubert, 2014) mais aussi de la notion de « patient partenaire » (Pomey, et al., 2015) et un courant autour des problématiques de coopération ou de coordination des « parcours de soins » ou « parcours de santé » des usagers sans pour autant définir clairement ces notions de parcours et leur périmètre (Dos Santos & Soulas, 2015; Routelous, Liette, & Vedel, 2014).

Si le nombre d'auteurs faisant référence aux concepts de « parcours de soins » ou « parcours de santé » reste très limité en sciences de gestion, ils semblent plus nombreux à s'être intéressés à celui de « parcours de vie », parmi eux Cavalli (Cavalli, 2007)et Bessin (Bessin, 2009) dont certains éléments de leurs travaux sont repris dans le lexique de l'ARS :

Stefano Cavelli propose deux analyses du parcours de vie : sous l'angle sociétal et sur le plan individuel (Cavalli, 2007). Nous nous intéressons à cette dernière pour laquelle il s'appuie sur une définition de Elder : *« Le parcours de vie individuel est composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : scolaire, professionnelle, familiale, associative, etc. »* (Elder, 1998).

Marc Bessin aborde le concept du parcours de vie d'un point de vue sociologique, comme un *« paradigme […] généralement défini par un ensemble d'approches multidisciplinaires qui considère la vie humaine et son développement comme une totalité »* (Bessin, 2009).

On peut également s'appuyer sur la définition donnée par Pierre Lénel lors de la séance plénière du Conseil d'orientation des retraites du 13 février 2003 :« *Le modèle général du parcours de vie définit et ordonne un certain nombre d'étapes, chacune d'entre elles correspondant à une position statutaire spécifique et à un ensemble de rôles sociaux : la position occupée par les individus dans le parcours de vie définit les principaux enjeux qu'ils doivent affronter dans le cadre d'un ensemble spécifique de contraintes et de possibilités et constitue donc une variable explicative importante des comportements individuels et des processus psychosociaux. »* (Lénel, 2003)

Du côté des sciences de l'ingénieur et plus particulièrement de l'informatique on ne retrouve que peu d'auteurs utilisant les concepts de « parcours de vie », parcours de santé » ou « parcours de soins ». On peut toutefois citer les travaux de (Benabdejlil,

Thècle, & Vallespir, 2014). Ces auteurs proposent de modéliser des parcours de soins à l'aide de l'outil BPMN (Business Process Model and Notation) en commençant par définir le concept de « parcours de soins ». Il est intéressant de noter que pour cela il vont s'appuyer sur un ensemble de références ((Vanhaecht, De Witte, & Sermeus, 2007) (De Luc, 2000) (Campbell, Hotchkiss, Bradshaw, & Porteous, 1998) (Kwan & Sandercock, 2003), dont aucune n'est francophone. Ils proposent alors de synthétiser l'ensemble de ces définitions par la définition suivante : *« Un parcours de soin est un ensemble ordonné de tâches jugées comme essentielles que les patients doivent suivre dans le cadre de leur prise en charge. Les tâches correspondent à des objectifs explicites d'évolution clinique. Un parcours de soin est défini pour un problème clinique spécifique, en accord avec la pratique multidisciplinaire basée sur des lignes directrices et des éléments de preuve. »*

C'est la seule définition que nous ayons pu trouvé à ce jour dans la littérature francophone dans le domaine de l'informatique ou du génie industriel. Si les chercheurs en informatique n'utilisent que peu les concepts de parcours de soins ou parcours de santé ils proposent pourtant de nombreux travaux sur l'utilisation des outils de la recherche opérationnelle pour la modélisation et l'optimisation de parcours de patients à l'intérieur ou non de structures ciblées (hôpital, bloc opératoire, service d'urgence…). Ils utilisent alors d'autres concepts sans pour autant les définir comme « parcours du patient » (Fontan, Durou, & Mercé, 2004; Cordier, Riane, & Dhaevers), ou encore « trajectoire de soins» (Riou & Jarno, 2000)

Comme nous venons de le voir, nous n'avons trouvé finalement que peu d'éléments dans la littérature en science de gestion et en informatique pour définir et identifier précisément les périmètres des concepts de « parcours de soins », « parcours de santé » et « parcours de vie ». Devant la complexité des systèmes étudiés et l'impossibilité de nous appuyer sur des définitions institutionnelles faisant consensus il nous est apparu d'autant plus important de proposer une définition intégratrice et un périmètre pour chacun de ces concepts.

3) De la définition des concepts à la proposition d'un modèle intégrateur

Nous nous plaçons dans une démarche exploratoire qui, à partir des références cités et d'une première analyse de notre terrain d'études, nous permet de définir les concepts qui sont la base de notre travail de recherche mais également de proposer un modèle intégrateur de ces concepts.

L'objet n'est donc pas ici de « compiler » l'ensemble des références cités pour proposer des définitions qui se voudraient « exhaustives » sans pour autant l'être mais bien de proposer une première définition et un premier périmètre des concepts étudiés, une étape nécessaire au cadrage nos travaux. Ces définitions et ces périmètres pourront être amenés à évoluer au cours de l'avancée de ces travaux.

a) Proposition de définition du parcours de vie

Le concept de « parcours de vie » représentant à lui seul un courant de pensée en sociologie, et n'étant pas au centre de nos problématiques, nous nous inspirons largement des définition des auteurs pré-cités. Il resitue la personne dans son environnement économique et social. Il intègre donc la scolarisation (éducation), le logement, l'âge, la prévention de la désinsertion professionnelle (emploi)…

Nous définissons le « parcours de vie » comme *l'ensemble des étapes qu'un individu traverse au cours de sa vie. A chacune de ses étapes, cet individu occupe une position statutaire spécifique et joue un ensemble de rôles sociaux qui définissent sa position par rapport à son environnement.*

Nous intégrons dans le périmètre du « parcours de vie » la chronologie de l'ensemble de ces étapes, ce qui les caractérisent (date de début, durée, statuts social et familiale de l'individu, etc.) mais également l'ensemble des éléments (personnes physiques ou morales) qui interagissent avec l'individu influençant directement ou indirectement de manière significative la progression de celui-ci dans son parcours de vie (école, entreprise, médecin, etc.)

b) Proposition de définition du parcours de santé

En nous inspirant des définition données par l'ARS (ARS, 2012), nous définissons le « parcours de santé » d'un individu comme *l'ensemble des étapes qu'un individu traverse dans un système sanitaire et social plus ou moins organisé, dans un temps et un espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico social et le social. Le parcours de santé est composé de l'ensemble des personnes physiques et morales avec lesquelles l'individu interagit dans le cadre d'une prise en charge globale de sa santé physique et psychologique.* Ainsi le parcours de santé intègre en amont la prévention et en aval l'accompagnement médicosocial, social, le retour à domicile.

Nous intégrons dans le périmètre du « parcours de santé» le séquencement de l'ensemble de ces étapes, ce qui les caractérisent (date de début, durée, lieu, etc.), les caractéristiques de chaque personne physique ou morale (hôpital, médecin traitant, spécialiste, auxiliaire de vie, etc.) composant le parcours de santé et en interaction avec l'individu, la nature des liens (liens formels/informels, hiérarchique, de coopération, etc.) et les règles de passage entre ces différents éléments ainsi que l'ensemble des systèmes d'information associés à ce parcours.

c) Proposition de définition du parcours de soins

Nous avons défini dans de précédents travaux une activité comme l'exécution d'un à plusieurs traitement(s) élémentaire(s) atomique(s) (i.e. indécomposable(s)) qui requièrent

des ressources, du temps et des compétences et qui a pour effet de transformer un état d'entrée (ou objets d'entrée) en un état de sortie (ou objets de sortie). (Rodier, 2010). La Figure 1 donne pour exemple le découpage de l'activité « Intervention Chirurgicale » en quatre traitements élémentaires : préparation du patient, induction, acte chirurgical et pansement.

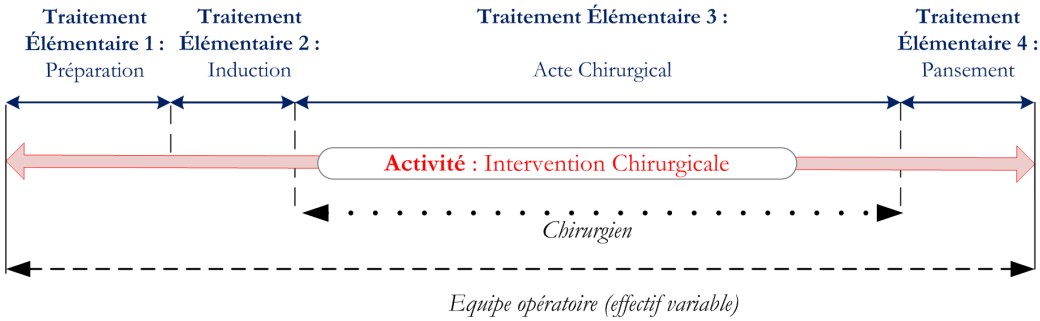


Figure 1. Découpage de l'activité « Intervention Chirurgicale » en traitements élémentaires

En nous appuyant principalement sur les définitions données par l'HAS (HAS, 2012) et par (Benabdejlil, Thècle, & Vallespir, 2014) nous définissons le parcours de soins d'un individu *comme l'ensemble ordonné des activités nécessaires à la prise en charge de l'individu dans une structure ciblée et pour une période délimitée allant de l'entrée de l'individu dans cette structure à sa sortie. Les activités du parcours de soins peuvent être liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)...*

Nous intégrons dans le périmètre du « parcours de soins » le séquencement de l'ensemble de ces activités, ce qui les caractérisent (date de début, durée, ressources mobilisée et caractéristiques de ces ressources, etc.), les règles de passage d'une activité à l'autre, mais également l'ensemble des règles de gestion (règle d'affectation de ressources, de priorisation des traitements, etc.) et des contraintes (contraintes de précédence, de capacité, etc.) qui influencent directement ou indirectement le parcours de soins ainsi que l'ensemble des systèmes d'information associés à ce parcours.

d) Proposition d'un modèle intégrateur des parcours de la personne âgée

Les définitions que nous avons proposées montrent que les concepts de « parcours de vie », « parcours de santé » et « parcours de soins » sont fortement liés.

Le parcours de soins d'un individu se déroule dans une *« structure ciblée »* ; cette structure est une *« personne morale avec laquelle l'individu interagit dans le cadre d'une prise en charge globale de sa santé physique et psychologique »* et qui s'intègre donc dans le parcours de santé de l'individu ; ce même parcours de santé faisant lui-même partie intégrante du « parcours de vie » de cet individu. Tout au long de son « parcours de vie » l'individu pourra avoir un à plusieurs « parcours de santé », chacun *« dans un temps*

et un espace donnés ». Chaque « parcours de santé » pouvant lui même intégrer ou non, un à plusieurs « parcours de soins ».

A l'aide de la Figure 2 nous schématisons un exemple de modèle intégrateur de ces trois concepts.

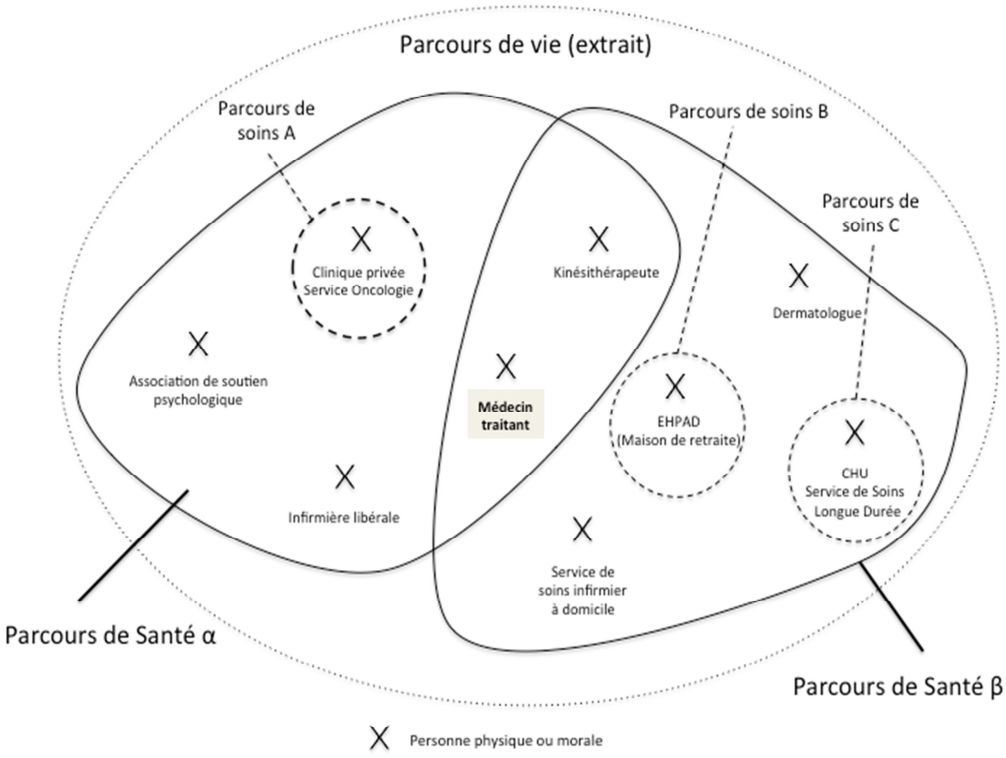


Figure 2. Exemple de modèle intégrateur des concepts de parcours de soins, de santé et de vie pour un individu

Cet exemple représente un extrait du parcours de vie d'un individu**.** Cet individu a eu, pendant son « parcours de vie », deux « parcours de santé ». Chacun de ses « parcours de santé » pouvant correspondre à des étapes différentes de son « parcours de vie » :

- Le **« parcours de santé α »** pour lequel il a bénéficié d'un « *ensemble ordonné d'activités »* dans le cadre de son « parcours de soins A » au sein d'une clinique privée et pour lequel il a interagit, dans le cadre de sa prise en charge, avec son médecin traitant, un kinésithérapeute, une infirmière libérale et une association de soutien psychologique.
- Le **« parcours de santé β »** pour lequel il a connu deux parcours de soins auprès de deux établissements de santé distincts (un Centre Hospitalier Universitaire et un EHPAD) et pour lequel il a interagit, dans le cadre de sa prise en charge, avec son médecin traitant, un kinésithérapeute et un dermatologue.

Nous avons volontairement donné une position centrale dans notre schéma au médecin traitant, position qu'il détient depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés (loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie). Cette notion de parcours de soins coordonnés, introduite dans un objectif de rationalisation des soins mais surtout de maîtrise des dépenses de santé publique, représente à notre sens un concept médico-économique bien plus qu'organisationnel et n'interfère donc en rien dans les concepts que nous avons définis.

Au vu des personnes physiques et morales composant le **« parcours de santé β »,** nous pouvons facilement en déduire qu'il s'agit du parcours de santé de l'individu en tant que « personne âgée ».

Modéliser le parcours de santé de la personne âgée revient alors à proposer un modèle qui répertorie l'ensemble des personnes physiques ou morales qui interviennent dans le parcours de santé de tout individu λ considéré comme une personne âgée ainsi que l'ensemble des relations et règle de gestion qui lient ces différents éléments entre eux.

4) Conclusion et Perspectives

La qualité de la prise en charge des personnes âgées repose sur la bonne coordination des personnes physiques ou morales composant les parcours de santé des personnes âgées. Ces parcours de santé concernent un nombre important d'acteurs du champ sanitaire et du champ médico-social et doivent être adaptées en fonction des réalités de chaque territoire. Dans le cadre de ces parcours, il est également indispensable de préciser les frontières ou limites d'intervention de chacun des acteurs et de renforcer la connaissance réciproque des acteurs. C'est dans cette direction que se situera la suite de notre recherche. Plus précisément, nous cherchons à identifier quels sont les acteurs impliqués ou les catégories d'acteurs ? Pour quels types d'actions ou interventions ? Quelles connaissances ont-ils les uns des autres ? Quels modes de coordination existent entre eux ? Quelles catégories de dysfonctionnements peuvent être repérées ? Quelles en sont les origines ?

Pour pouvoir réaliser ce travail, il nous paraissait indispensable de définir les concepts de « parcours de soins », « parcours de santé »et « parcours de vie ». En nous inspirant de la littérature mais également de l'analyse de notre terrain d'étude, nous avons proposé des définitions et des périmètres pour chacun de ses concepts. Nous avons ensuite présenté un modèle intégrateur de ces différents concepts qui nous a permis de définir notre périmètre d'action concernant la modélisation du parcours de santé de la personne âgée.

A terme, les enjeux sont notamment de :

- proposer des solutions permettant une meilleure coordination des intervenants dans le parcours de santé de la personne âgée
- conforter l'image de marque des intervenants en faisant en sorte qu'elle soit en adéquation avec la représentation qu'en ont les usagers
- proposer aux personnes âgées une offre de soins en accord avec leurs attentes

- lutter contre les inégalités d'accès aux soins et de traitement sur les territoires
- préserver les professionnels subissant un isolement géographique
- étendre les solutions proposées à d'autres territoires de santé et d'autres régions.

Bibliographie

ANAP. (2013). *Construire un parcours de santé pour les personnes âgées.* Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux .

ANAP. (2011). *Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire.* Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux .

ANAP-DGOS. (2011). *Guide méthodologique des coopérations territoriales.* Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux - Direction Générale de l'Offre de Soins.

ARS. (2012). *Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers - Lexique de A à Z.* Agence Régionale de Santé.

Benabdejlil, H., Thècle, A., & Vallespir, B. (2014). BPMN pour la modelisation des parcours de soins Exemple de la BPCO. *Conférence Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers (GISEH).* Liège (Belgique).

Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique. *Informations sociales , 6* (156), 12-21.

Bruyère, C. (2009). Les réseaux gérontologiques : une réponse organisationnelle aux nouveaux défis du système de santé ? *Management & Avenir , 6* (26), 160-176.

Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *British Medical Journal Publishing Group , 316* (7125), 133-137.

Cavalli, S. (2007). Modèle de parcours de vie et individualisation Stefano Cavalli. *Gérontologie et société , 4* (123), 55-69.

Chkair, S., Bouvet , S., Daurès, J.-P., Landais, P., & Castelli, C. (2014). Valorisation d'un parcours de soins : entre difficultés et alternatives. *Journal de gestion et d'économie médicales , 32* (4), 280-290.

Comité National sur le Parcours de Santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie. (2013). *Projet de Cahier des charges des projets pilotes PAERPA.* Ministère de la Santé.

Cordier, J.-P., Riane, F., & Dhaevers, V. Universitaire, Modélisation mathématique du parcours patient dans un Centre Hospitalier. *Les systèmes industriels et logistiques*, *2008.* Marrakech.

Daigne, M., Bonnin, M., Farsi, F., & Grémy, F. (2004). Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte ethique et politique. *Santé Publique , 2004/1 Vol. 16*, 133-146. DOI : 10.3917/spub.041.0133.

De Luc, K. (2000). Are different models of care pathways being developed? *International journal of health care quality assurance , 13* (2), 80-87.

DGOS. (Octobre 2012). *Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* Direction Générale de l'Offre de Soins.

Domin, J.-P. (2008). La réforme du médecin traitant : l'émergence d'une régulation par la demande. *Journal d'Economie Médicale , 26* (6).

Dos Santos, C., & Soulas, C. (2015). Place et enjeux des laboratoires pharmaceutiques dans l'organisation régionale de l'offre de soins en France : pour une approche exploratoire des évolutions liées à la loi HPST. *Management & Avenir , 3* (77).

DREES. (2008). *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030.* Dossier Solidarité et Santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES.

Elder, G. (1998). The life course and human development. In R.M. Lerner (Ed.). Dans *Handbook of child psychology. Volume 1 : Theoretical models of human development* (pp. 939-991). New York: Wiley & Sons.

Fontan, G., Durou, D., & Mercé, C. (2004). Analyse et modélisation du parcours du patient. *Logistique & Management* , 111-118.

HAS. (2015). *Glossaire "Déployer les parcours de santé - Lexique du changement".* Consulté le 05 25, 2015, sur Haute Autorité de Santé: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement)

HAS. (2012, 05). *Parcours de Soins - Questions / Réponses.* Récupéré sur Haute Autorité de Santé (HAS): http://www.has-sante.fr/

HCAAM. (2011). *Assurance maladie et Perte d'autonomie .* Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

HCAAM. (2010). *Vieillissement, longétivité et assurance maladie.* Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

HCAAM. (2010). *Vieillissement, longévité et assurance maladie.* Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Kerlau, M. (2012). De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance-maladie complémentaire : diversité des modèles et des protections. *Revue Française de Socio-Economie , 1* (9), 171-189.

Kwan, J., & Sandercock, P. (2003). In-hospital care pathways for stroke: a Cochrane systematic review. *Stroke , 34* (2), 587-588.

Lénel, P. (2003). Parcours de vie : Constats et analyses sociologiques . *Conseil d'orientation des retraites, Séance plénière du 13 février 2003, « Parcours de vie : problématique générale» .*

Maunoury, F., VanHille, JL, Véron, N, Brocca, J, Clech, S, Auray, JP, et al. (2009). Analyse coût efficacité du parcours de soins coordonnés de patients atteints de pathologie obstructive bronchique chronique. *Journal de gestion et d'économie médicales , 27* (7).

OCDE. (2008, 12). Chapitre 4. Bien soigner et bien dépenser : renforcer l'efficacité économique des soins de santé. *Etudes économiques de l'OCDE* , pp. 105-139.

Petrella, F., & Richez-Battesti, N. (2010). Régulation de la qualité dans les services à la personne en France: l'Economie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme? *Management & Avenir , 5*, 273-292.

Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M., et al. (2015). Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique , 1 (HS)*, 41-50.

Riou, F., & Jarno, P. (2000). Représentation et modélisation des trajectoires de soins. *ITBM-RBM , 21*, 313-317.

Rodier, S. (2010). *Une tentative d'unification et de résolution des problèmes de modélisation et d'optimisation dans les systèmes hospitaliers. Application au Nouvel Hopital Estaing.* Université Blaise Pascal - Clermont 2. Clermont-Ferrand: Thèse de doctorat.

Routelous, C., Liette, L., & Vedel, I. (2014). Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales , 7* (32), 481-499.

Saunier, P.-L. (2012). *Qualité et contrôle dans les service : le cas des services à la personne.* Laboratoire Val de Loire Recherche en Management (VALLOREM). Université d'Orléans.

Vanhaecht, K., De Witte, K., & Sermeus, W. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation.* Katholieke Universiteit Leuven.