

5 propositions pour améliorer les relations entre les acteurs

Le 22 mai 2014, le groupe de travail « Relation entre les acteurs » se réunissait pour débattre autour de la question « L'exercice collectif entre professionnels de santé : vers la réorganisation du modèle ? ».

Annick Touba, Présidente du Syndicat National des Infirmiers et Infirmières Libéraux (SNIIL) et **Didier Ménard, Président de la Fédération des Maisons et Pôles de Santé d'Ile-de-France (FémasIF)** sont venus nous faire part de leurs visions complémentaires, autour des évolutions des relations entre les soignants et les soignés, caractérisées par un cloisonnement entre les champs sanitaires, médico-social et social dû à la centralisation de notre système de santé bien que l'exercice collectif est encouragé depuis 1980.

Ces échanges ont permis de mettre en avant des avancées visant à privilégier l'intérêt de l'utilisateur face aux changements épidémiologiques, dans un contexte économique instable, ainsi qu'à favoriser le dialogue entre les acteurs de santé afin de faciliter le parcours de soins.

Ce groupe de travail a également permis de mettre en lumière des projets concrets tels que le centre de santé communautaire des Franc-Moisin « Place santé », mise en place par Didier Ménard à Saint-Denis, ayant pour vocation de faciliter l'accès aux soins, notamment avec la coopération des professionnels de santé et des habitants. 5 propositions découlent des constats partagés.

Proposition 1 : mettre en place une gouvernance efficace jusqu'au domicile

Il n'est pas rare de dresser le constat d'un mauvais suivi de patients âgés, constat qui peut se traduire par des entrées et sorties de l'hôpital sans délivrance du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant. L'obligation de développement personnel continu (DPC) des médecins, laquelle systématiser la formation, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration de la qualité (notamment à travers les problématiques affectives et sociales) et de la sécurité des soins doit constituer un des moyens privilégiés d'améliorer la prise en charge au domicile.

A ce titre, l'intervention à domicile doit en effet être appréhendée comme un moyen d'améliorer l'efficacité des soins. Dans certains pays, il existe d'ores et déjà des structures qui proposent des aides à l'exécution des gestes de la vie courante. Certaines entreprises ont développé des innovations majeures, dont il faudrait envisager l'adoption, après évaluation de la demande dans le cadre du domicile. La faible implication des pouvoirs publics a gêné la conduite d'un diagnostic efficace de l'offre de soins territoriale, pourtant primordial pour répondre aux besoins localement. Considérant la loi sur l'avancée en âge et la prise en charge de la perte d'autonomie ("loi 3A"), il s'agirait alors de réunir les acteurs de santé du territoire et les pouvoirs publics locaux afin de travailler ensemble et d'évaluer le déficit éventuel en offre de soins. La gouvernance du dispositif et

sa coordination devront être pensées jusqu'au domicile, ainsi il sera possible de suivre le parcours du patient à travers la mobilisation de l'ensemble des acteurs.

Proposition 2 : favoriser la transdisciplinarité via le levier de la formation

La culture française est naturellement défavorable à la collaboration non-hiérarchique et à la pluridisciplinarité, préférant de fait une organisation hiérarchique et segmentée. Ainsi, les professionnels de santé dont les infirmières, pharmaciens et médecins généralistes ne partagent pas la même culture professionnelle, et surtout ne communiquent pas suffisamment entre eux pour réduire les incompréhensions. Il apparaît de plus en plus nécessaire que le professionnel de santé s'ouvre à des domaines qui ne le concernaient pas auparavant (psychologie, social...). De nombreux jeunes médecins souhaitent être formés à la conduite de projet, naturellement absente de leur formation initiale. Ce souhait est congruent avec le mouvement de professionnalisation des associations : il s'agit de dépasser le simple militantisme et de construire des structures solides, dont certains modèles-types pourront être diffusés par la suite dans le cadre de formations.

Il s'agit d'étayer de façon structurée un modèle de profession et d'outils adapté à des besoins en constante évolution, afin de favoriser l'émergence de nouveaux métiers de la coordination, à l'instar de ce qu'a pu réaliser l'école des hautes études en Santé Publique (EHESP). L'objectif est de développer de véritables compétences en coordination et en évaluation, et non pas de limiter les ambitions à une simple incitation financière mise en place par les collectivités locales. Les postes affectés à la coordination permettront de renforcer la dynamique vertueuse du décroisement. Considérant que le tissu économique n'est pas encore assez mature pour mener seul ces mutations et que la volonté politique est absente, les solutions sont à chercher sous la forme de partenariats public-privé, voire par une réelle implication industrielle. Un investissement doit également être réalisé dans les outils communicants à mettre à la disposition des futurs coordinateurs.

Proposition 3 : tirer des enseignements des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR)

La transition épidémiologique force à repenser une coordination manquante entre les différents acteurs du soin que le malade rencontre au cours de son parcours de soins. L'idée d'un système mixte pertinent, avec un forfait qui rémunère l'action de santé publique plutôt qu'une rémunération à l'acte est à approfondir et à préciser, de sorte à passer d'un système de "*distribution des soins*" à un système d'« *offre de santé* ».

Au cours des années 1990, les professionnels de santé souhaitant s'engager dans la lutte contre la maladie ont su occuper l'espace ouvert par le politique, le plus souvent en suivant une logique militante et bénévole. Il est aujourd'hui crucial de reconnaître le temps professionnel investi dans la mise en place de réseaux. Profitant d'impulsions politiques d'envergure (initiatives comme la Stratégie Nationale de Santé ou le Service Public Territorial de Santé), l'objectif est de penser un dispositif qui permette d'augmenter la proportion de professionnels de santé investis dans l'animation de réseaux.

Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR) doivent être régulées pour valoriser l'implication des professionnels, mais aussi de sorte à encourager les modes de participation

des usagers déjà observés sur le terrain. Des projets-pilotes doivent être menés afin d'identifier des bonnes pratiques ainsi que des modèles-type différenciés selon le contexte (milieu urbain et milieu rural...). Lorsqu'elles le souhaitent, les associations engagées doivent pouvoir disposer des bons items pour mener à bien leur professionnalisation.

Proposition 4 : améliorer le système d'information grâce à une transmission des données efficace

Un des problèmes majeurs de notre système de santé concerne la diversité des données existantes parmi les acteurs de santé, notamment à cause d'un manque de leadership au niveau national. Du médecin généraliste au spécialiste en passant par les infirmières, c'est tout un ensemble de données qui se crée mais qui n'est pas échangé entre les professionnels. La mise en place du Dossier Patient Informatisé (DPI) tendait à améliorer ce système d'information, il n'a cependant pas rencontré un franc succès en raison du déficit de formation et de culture informatique mais aussi du manque de pratique des professionnels de santé.

Ainsi, une mise en commun de ces informations à travers un système d'information simplifié unique et en coopération avec chacun des acteurs de santé pourrait être envisagée. Cela permettrait un partage des données plus efficient et améliorerait à terme la prise en charge des usagers.

Il s'agirait donc de penser l'exploitation des données dans une optique collective plutôt que dans le cadre d'un travail individuel et cloisonné. Il importe donc de regrouper les compétences des professionnels et former ces derniers aux nouveaux outils informatiques afin de servir au mieux l'intérêt du patient et de contribuer à la santé publique.

Proposition 5 : repenser le mode de financement du système de soins à travers un partenariat multiple

Une modification de l'organisation du système de santé français apparaît aujourd'hui nécessaire voire obligatoire pour pallier un déficit de l'assurance maladie en constante progression et répondre au défi épidémiologique posé par le vieillissement de la population pouvant être atteinte de poly – pathologies, de maladies chroniques ou encore d'Affections de Longue Durée (ALD).

Il serait alors intéressant d'envisager un pilotage financier unifié¹ réunissant de multiples acteurs, au-delà du seul secteur public, afin de dégager les moyens suffisants. Une collaboration avec des entreprises de santé serait d'ores et déjà envisageable dans le cadre d'un dialogue ouvert.

D'autres nouveaux financeurs potentiels comme les organismes complémentaires d'assurance maladie seront à consulter.

Une implication industrielle et non conventionnelle permettrait donc un financement plus conséquent et plus stable, complémentaire des subventions et autres financements des pouvoirs publics. Il faut cependant réussir à convaincre les acteurs d'investir dans des projets qui présentent souvent des coûts élevés de mise en place.

¹ Rapport Cordier, septembre 2013