



Soins de proximité : quels enjeux ?

Réorganiser les soins de premier recours passe par une transformation des modes de rémunération, la création de nouveaux métiers et la mise à disposition d'outils permettant la coordination des soins et l'accompagnement des patients.

L'égal accès aux soins de qualité pour tous

Un principe constitutionnel fondateur de l'assurance maladie, une valeur professionnelle à concrétiser

Yann Bourgueil
Médecin spécialiste
en santé publique,
directeur de
recherche à l'Institut
de recherche et
documentation en
économie de la santé
(Irdes), en mission
auprès de l'École
des hautes études
en santé publique
(EHESP)

Garantir l'égal accès aux soins de qualité pour tous est une promesse fondatrice de l'assurance maladie. Chacun doit pouvoir accéder aux soins dont il a besoin, quels que soient son statut, sa culture, ses revenus, sa position sociale et son lieu d'habitation, parce que chacun cotise proportionnellement à ses revenus. L'égal accès aux soins est l'expression de la solidarité et la contrepartie de l'obligation de cotisation qui s'impose à tous. Si la dimension financière de l'accès a été longtemps l'objet principal des politiques publiques, qu'elles portent sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ou sur les prix, notamment les honoraires, l'enjeu se déplace vers l'accès géographique aux services de santé ainsi que vers l'effectivité de l'accès aux droits et aux soins, notamment pour les groupes les plus vulnérables. Les analyses fines spatiales et par groupes sociaux montrent en effet une persistance, voire une aggravation, des inégalités d'accès aux soins masquée par la stabilité des chiffres macroéconomiques et des valeurs moyennes. L'accès aux soins devient dès lors un enjeu local et professionnel qui, pour être concret au quotidien, doit s'inscrire dans les valeurs,

la culture, la formation, la recherche et les pratiques professionnelles.

L'accès financier aux soins : un enjeu prioritaire progressivement étendu à tous...

L'édifice symbolique et fonctionnel que constitue l'assurance maladie, fondé en 1945 sur les ruines et les sacrifices de la Seconde Guerre mondiale, a été progressivement consolidé, négocié, et amélioré pour s'étendre jusqu'aux personnes résidant de façon stable en France et à celles ne relevant d'aucun régime obligatoire avec la création de la couverture maladie universelle en 1999. En 2016, la protection maladie universelle individualise les droits, simplifie les démarches administratives, assure la continuité des droits et de la prise en charge des frais de santé. Pour la partie obligatoire, la dimension financière de l'accès aux soins paraît ainsi largement garantie, mis à part le principe toujours en vigueur de paiement direct, qui peut constituer une cause de renoncement aux soins.

D'un point de vue macroéconomique, les Comptes de la santé témoignent en moyenne d'une stabilité des dépenses laissées à la charge des ménages, ce qui place

d'ailleurs la France en tête des pays de l'OCDE sur cet indicateur. Cependant, la stabilité des valeurs moyennes masque les effets de concentration des restes à charges, qui peuvent seulement être mis en évidence par l'analyse des distributions, et il reste toujours difficile d'estimer le poids des primes des assurances complémentaires santé sur le reste à charge des personnes¹.

... menacé par les dépassements d'honoraires, la dynamique de l'innovation technique et le faible pouvoir régulateur de l'assurance complémentaire

Les dynamiques tarifaires sont principalement liées aux progrès techniques et aux revendications des acteurs professionnels qui les coélaborent avec les industries qui les promeuvent. En avance sur les évolutions des nomenclatures conventionnelles, elles vont alors être principalement remboursées par les assureurs obligatoires et complémentaires. Ce mécanisme de soutien à l'innovation, notamment quand il est principalement assumé par les complémentaires, peut impacter l'accès aux soins en limitant l'accès aux progrès techniques aux personnes ayant les meilleures couvertures complémentaires. En période de raréfaction de la ressource humaine, le risque pour l'accès aux soins est la captation de la ressource professionnelle au bénéfice de ceux qui voient leurs soins bien remboursés par leurs assurances complémentaires. En pratique cela se traduit, par exemple, par la difficulté à trouver un spécialiste de secteur 1. Par ailleurs, les assurances complémentaires, étant en concurrence entre elles, ont un très faible pouvoir de régulation sur les prix fixés par les professionnels et ne peuvent répondre qu'en s'organisant en réseaux, dont l'efficacité reste limitée et qui peuvent également introduire des disparités d'accès aux soins. Devant la persistance des inégalités d'accès aux soins de proximité, jusqu'alors faiblement remboursés par l'assurance maladie obligatoire, comme les soins dentaires, optiques, prothèses auditives et certains soins de spécialistes, les pouvoirs publics ont mené des réformes visant à faciliter l'accès à l'assurance complémentaire (instauration puis augmentation de l'aide à la complémentaire santé, accord national interprofessionnel en 2013 visant à rendre obligatoire la complémentaire en entreprise), à mieux rembourser certains soins de base, en dentaire notamment, et à maîtriser les dépassements d'honoraires avec les « options tarifaires maîtrisées ». La réforme dite « du 100 % santé » effective en 2020 poursuit cet objectif pour l'optique, l'audioprothèse et certains soins dentaires protétiques.

Mesurer l'accès aux soins : une approche par le renoncement aux soins pour raisons financières qui se complexifie...

Le renoncement aux soins pour raisons financières, recueilli dans les enquêtes santé et protections sociales

1. Franc C., Pierre A. Restes à charge en ambulatoire et accès aux soins. Lettre du CES, mars 2013. <http://www.ces-asso.org/sites/default/files/45900%20Lettre%20du%20CES%20MARS%202013%20version%20WEB.pdf>

depuis 1988, est un des indicateurs de mesure le plus utilisé pour à la fois objectiver le problème de l'accès financier, caractériser sa distribution entre les groupes sociaux et suivre l'effet des mesures, souvent nationales, visant à garantir la dimension d'accès financier aux soins. Cependant, de nombreux travaux de recherche² ont montré à la fois la complexité de la notion de renoncement aux soins, qui ne peut se réduire à la seule dimension financière, et l'importance de s'intéresser à l'effectivité locale des mesures nationales, dont l'application est parfois peu efficace.

... et révèle un enjeu local de proximité

Il en ressort que garantir l'accès aux soins relève également d'une action fine, personnalisée en proximité, qui passe par des actions visant à favoriser l'accès aux droits³ mobilisant les services de l'assurance maladie mais également les professionnels et organisations de santé, souvent peu au fait de ces enjeux et peu organisés pour y faire face hormis dans le cadre de politiques, notamment municipales, volontaristes.

La dimension géographique de l'accès aux soins au-devant de la scène politique

L'expansion du système de soins qu'a permis le développement de l'assurance maladie a été principalement guidée jusqu'aux années 1990 par une logique concurrentielle propre à la coexistence d'une offre de soins de ville libérale, hospitalière privée, privée non lucrative et d'un secteur public fortement revalorisé par l'attribution du monopole de production et de transmission du savoir au sein des CHU. L'abondance, voire la pléthore d'offre de soins, effet des importantes cohortes d'étudiants en médecine jusqu'en 1978, solvabilisée par l'assurance maladie, a favorisé son déploiement rapide sur l'ensemble du territoire. Cette saturation en professionnels a installé l'usage, parfois consumériste, d'une grande facilité d'accès aux soins pour les patients mais également une faible lisibilité du fonctionnement du système de soins. La concurrence entre acteurs a conduit à une forte segmentation de l'offre de soins ce qui explique pour partie les difficultés de coordination que l'on constate aujourd'hui⁴ et l'opacité de l'organisation du système de soins pour les patients comme pour les professionnels.

2. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

3. <https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/comprendre-et-reduire-le-renoncement-aux-soins-des-assures>

4. Dans les années 1980 et 1990, les médecins nouvellement diplômés souhaitant s'installer en libéral devaient le plus souvent racheter une clientèle et étaient prompts à prendre en charge les gardes et à effectuer les visites à domicile. La « crise » des urgences peut en effet être analysée comme le résultat du développement d'un marché très peu régulé, notamment en milieu urbain où plusieurs acteurs en concurrence (hôpitaux, pompiers, SOS médecins, généralistes) sont aujourd'hui déstabilisés par la raréfaction de la ressource humaine.



L'accès aux soins : l'enjeu principal des soins de proximité

La volonté de renforcer les soins de proximité déplace l'enjeu de l'accès aux soins de la dimension financière et des acteurs de la régulation nationale vers les acteurs du soin et la dimension d'organisation locale. La réorganisation de l'offre hospitalière⁵, mais également la réduction du nombre de médecins principalement généralistes, ont mis en avant sur le mode de la « crise des déserts médicaux » la dimension géographique de l'accès aux soins. Si dans certains cas, il paraît nécessaire de réinstaller des professionnels de santé « comme avant », il est également et surtout nécessaire de travailler plus en profondeur l'organisation de l'offre de soins pour répondre à l'évolution de la demande de soins et aux progrès techniques qui permettent de soigner les patients en ambulatoire et à domicile. Ce ne sont alors pas seulement les acteurs de la première ligne qui sont concernés mais bien l'ensemble des niveaux de soins. L'hyperspécialisation de la médecine, qui se renforce avec la multiplication des spécialités médicales (44 depuis la réforme du 3^e cycle), rend en effet particulièrement crucial le bon adressage (que nous pouvons également qualifier d'accès secondaire aux soins) dans le système spécialisé. L'accès pour tous à la puissance thérapeutique annoncée de la médecine de précision repose beaucoup sur la capacité des acteurs de proximité, comme des acteurs des niveaux secondaires et tertiaires, à construire pour chacun un cheminement personnalisé. Ces tendances lourdes et de long terme appellent, au-delà de la « crise des déserts médicaux », le développement de logiques de complémentarité, de collaboration et de coopération entre acteurs professionnels et organisations. Il s'agit de changements culturels importants et difficiles pour des acteurs qui se sont construits dans des logiques de concurrence et selon une hiérarchie symbolique et financière qui place la technique et la performance individuelle du praticien pour son patient au-dessus de l'activité clinique, relationnelle, et de la performance collective pour le patient et la population.

Structurer les soins de proximité pour garantir l'accès aux soins à chacun selon ses besoins

Le projet de transformation du système de santé reconnaît le besoin d'organiser le système de soins en niveaux de recours selon une logique d'intégration horizontale pour garantir le même accès aux soins de qualité pour l'ensemble de la population. Il s'agit en premier lieu de structurer les soins de proximité, qui englobent aussi bien les acteurs des soins primaires que certains acteurs de soins spécialisés, du médico-social, du secteur social et des établissements de proximité avec leurs plateaux techniques et leurs capacités d'hébergement.

De fait l'accès aux soins, qu'il soit financier, géographique, culturel ou social, devient, ou devrait devenir,

l'affaire de tous non seulement à l'échelon national mais aussi à l'échelon local. Il s'agit là d'un changement radical pour tous les professionnels de santé, notamment du secteur ambulatoire, traditionnellement libéraux qu'ils exercent en solo, en groupe ou en équipe, dans la mesure où ils doivent désormais se préoccuper de garantir, avec les autres acteurs du système de soin, l'accès aux soins des personnes qu'ils ne voient pas dans leurs structures parce qu'elles n'y accèdent pas pour de multiples raisons. Les communautés professionnelles territoriales de santé, les hôpitaux de proximité, les dispositifs d'appui à la coordination mais également les contrats locaux de santé sont autant de dispositifs qui existent, ou sont en devenir, et qui doivent permettre de construire une offre de soins plus coordonnée, complémentaire et au service de toute la population sur le territoire local⁶.

L'enjeu de l'appropriation de l'accès aux soins comme valeur médicale et professionnelle

Aujourd'hui les acteurs de proximité sont les premiers interpellés pour assurer l'accès aux soins par leurs choix d'installation, leurs modalités d'exercice et surtout leur capacité à s'organiser entre eux (garantir l'accès à un médecin traitant, atteindre des objectifs populationnels de prévention, organiser la permanence des soins). Leur engagement est nécessaire et passe par la reconnaissance financière et symbolique de cette mission, qu'ils ne peuvent assumer seuls, notamment parce que la question dépasse largement le cadre du cabinet, de la maison de santé pluriprofessionnelle ou du centre de santé, et les acteurs même du soin. Personne n'a le monopole de l'accès aux soins mais chacun doit y jouer un rôle. Ne faut-il pas envisager dès lors que tous les professionnels de santé intègrent, dans leurs valeurs, leur formation et leurs pratiques, le souci de l'accès aux soins, qu'ils soient préventifs, curatifs, palliatifs, primaires, secondaires et tertiaires, de chaque patient et de l'ensemble de la population à l'échelle du territoire local? Ne faut-il pas imaginer que, parmi les enseignements techniques et cliniques, prenne place une formation spécifique à la dimension organisationnelle des soins, aux bonnes pratiques cliniques et organisationnelles visant à favoriser l'accès aux soins, à l'importance de ces bonnes pratiques sur la qualité des soins comme sur l'amélioration de l'état de santé des individus et des populations? Pourquoi ne pas imaginer évaluer les futurs professionnels sur leur capacité à intégrer les dimensions sociales, économiques, organisationnelles dans leur raisonnement clinique, à connaître l'ensemble des moyens d'actions disponibles autour d'eux pour atteindre ces objectifs? De même, les travaux de recherche sur l'efficacité et la

5. Par exemple, le nombre de maternités est passé de 1369 en 1975 à 498 en 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/25-7.pdf>

6. Certaines CPTS mettent par exemple en place des campagnes de vaccinations impliquant pharmacies, infirmières et médecins, des séances de consultations en foyers de migrants, des procédures visant à garantir une tarification de secteur 1 aux soins spécialisés pour des patients précaires, etc.

qualité des soins ne doivent-ils pas désormais intégrer la dimension d'équité ? Le sujet même de la performance en équité ne doit-il pas devenir objet de recherches à l'instar des recherches en génétique et en biologie ? Être un bon professionnel, c'est alors ne pas être seulement performant dans la réalisation de son acte diagnostique et thérapeutique, mais c'est également contribuer de sa place avec les autres acteurs, de permettre au patient d'être soigné en fonction de ses besoins quelle que

soient ses ressources. Une valeur hippocratique en somme⁷. ●

7. «[...] Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire [...]. » <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

Comment financer les soins de premier recours ?

Le financement actuel du système de santé ne permet pas de financer de manière totalement satisfaisante les soins de premier recours, car il encourage insuffisamment la prévention et la coordination des acteurs.

Le système de financement de la santé en France ne répond plus à l'ensemble des défis auxquels nous sommes confrontés. Le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques nous obligent à revoir les modes de prise en charge pour favoriser la continuité et la coordination des soins. La nécessité de garantir à chacun une prise en charge de qualité et pertinente, tout en maîtrisant la croissance des dépenses, qui atteignent 11,5 % de la richesse produite par notre pays, nous conduit aussi à transformer nos modes de financement et plus globalement l'ensemble du système de santé.

Reposant principalement sur une tarification à l'acte, le financement actuel favorise une bonne réactivité aux besoins immédiats des patients. Toutefois, il peut conduire à la réalisation d'actes non pertinents et ne favorise pas une prise en charge coordonnée dans le long terme des patients atteints de pathologies chroniques. En outre, la tarification actuelle valorise insuffisamment la prévention, notamment secondaire et tertiaire, par exemple pour la prise en charge des maladies chroniques ou des personnes âgées.

De nouveaux modes de paiement combinés : à l'acte et forfaitaire

L'introduction de modalités de paiement combinées peut permettre une réponse plus adaptée à la diversité des conditions médicales et sociales des patients, et favoriser la structuration des soins de proximité. La transformation des modes de financement prévue dans la stratégie « Ma santé 2022 » vise à favoriser la pertinence et la qualité de la prise en charge des patients ainsi que les évolutions nécessaires de notre système de santé.

Les besoins de nos citoyens sont divers. Certains sont aigus, comme une consultation pour une pathologie hivernale ou une intervention chirurgicale ponctuelle liée à un accident peu grave. D'autres s'inscrivent dans la

durée ou sont chroniques. Le financement doit s'adapter à la multiplicité de ces besoins. C'est pourquoi la réforme des modes de financement du système de santé prévoit d'introduire des modes de tarification diversifiés pour l'ensemble des producteurs de soins, professionnels et établissements, à l'image de ce qui existe dans de nombreux pays.

Concrètement, la tarification à l'acte ou à l'activité devra être combinée avec d'autres modes de rémunération plus forfaitaires pour garantir à la fois productivité, réactivité, pertinence et suivi préventif des malades chroniques. La France est aujourd'hui le seul pays occidental où la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80 % d'un paiement à l'acte. Cette proportion est plus faible dans les autres grands pays. Cette évolution est logique car de nombreux patients ont besoin d'un suivi continu plutôt que d'actes ponctuels. Pour introduire ces modalités de paiement combinées dans le système de santé français, deux méthodes sont mobilisées de manière concomitante :

- le droit commun par la modification des règles en vigueur pour tous les acteurs ;
- l'expérimentation via l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec les acteurs volontaires.

Ces deux méthodes sont complémentaires et doivent permettre d'accélérer la mise en œuvre de ces évolutions : le droit commun peut permettre de poser le cadre et les premiers jalons d'évolutions à court et moyen termes ; les modalités plus complexes ont quant à elles vocation à être testées et proposées par les acteurs eux-mêmes au travers de démarches expérimentales. Ainsi, en complément du paiement à l'acte et au séjour, qui a vocation à rester un mode de paiement important, les modalités de financement au suivi et à la qualité seront progressivement introduites, de manière graduée et différenciée selon les secteurs.

Des paiements forfaitaires pour les maladies chroniques

Pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, un paiement au suivi prenant la forme de forfaits de prise en charge, modulés par des

Clémence Marty-Chastan
Task-force
Financement
du système de soins
Natacha Lemaire
Rapporteuse
générale du
Conseil stratégique
de l'innovation
en santé



Soins de proximité : vers un exercice d'équipe

indicateurs de qualité pour s'assurer de l'amélioration des prises en charge, sera progressivement introduit à l'hôpital, comme en ville. Ces forfaits reposent sur un cahier des charges minimal, les professionnels ayant la latitude d'adapter leurs interventions, l'objectif étant de leur permettre d'organiser différemment leur temps passé auprès du patient sans être obligés de réaliser des actes. Un petit nombre d'indicateurs de qualité permettra de suivre les résultats de ces interventions.

Pour les établissements de santé, un forfait diabète pour la prise en charge des patients diabétiques et un forfait concernant les patients ayant une maladie rénale chronique en amont de la phase de suppléance seront créés en 2019, afin de permettre la prise en charge au long cours des patients complexes par une équipe spécialisée. Ce suivi au long cours permettra de développer davantage la prévention et l'accompagnement du patient afin de retarder et limiter l'apparition de complications (qui elles resteront financées en T2A, tarification à l'activité).

Des rémunérations pour favoriser le travail en équipe

Pour les soins de premier recours, et en particulier la médecine de premier recours, de tels types de paiements au suivi seront discutés dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les représentants des professionnels libéraux. Ces discussions pourront notamment s'appuyer sur les expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 51. À titre d'exemple, un projet d'expérimentation concernant des modalités alternatives de rémunération pour les soins infirmiers en ambulatoire a été proposé et est en cours d'instruction.

Les premiers forfaits mis en place ne concerneront ainsi dans un premier temps qu'un type de professionnels ou de structures. À moyen terme, des forfaits en équipe pourront être développés en mobilisant notamment les retours d'expérience de l'article 51. Ainsi, l'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) propose de tester une rémunération forfaitaire prospective et collective (partagée entre différents professionnels de santé, médecins généralistes et infirmiers, pour un suivi en ville). Cette rémunération est substitutive au paiement à l'acte. Elle a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en particulier dans les zones sous-denses, d'améliorer la qualité du parcours du patient, de gagner en pertinence des actes et d'optimiser la prise en charge des patients en favorisant le travail en équipe.

Le forfait tient compte de la diversité de la patientèle de la structure et sera, en partie, modulé au regard des résultats obtenus sur des indicateurs de qualité de la prise en charge. Suite à un appel à manifestation d'intérêt, publié au printemps 2018 dans le cadre de l'article 51, le cahier des charges a été coconstruit avec onze équipes de professionnels de santé exerçant en structure d'exercice coordonné, et porte sur trois thématiques : patientèle âgée, patientèle diabétique et patientèle « médecin traitant » totale. Il sera mis en œuvre à partir du second semestre 2019.

La rémunération collective forfaitaire Peps est versée pour l'équipe volontaire à une structure juridique (par exemple une société interprofessionnelle de soins ambulatoires [Sisa] ou un centre de santé), en substitution du paiement à l'acte des soins concernés par le champ de l'expérimentation. Les équipes seront libres dans la répartition et l'utilisation de leur rémunération Peps. Elles pourront décider collégialement de son utilisation pour la patientèle prise en charge. Cette rémunération pourra aussi être utilisée, par exemple, pour proposer de nouvelles prestations, qu'elles soient réalisées par les membres de l'équipe ou par d'autres professionnels de santé. Les structures seront ainsi encouragées à investir, grâce à cette rémunération, sur les déterminants de santé qu'elles considèrent comme les plus pertinents pour leurs patients.

La composante qualité du modèle Peps intègre des indicateurs de qualité et de performance et des indicateurs d'expérience patient permettant de s'assurer du maintien de la qualité de prise en charge des patients mais également de mesurer son amélioration. Dans le même temps, la tarification à la qualité (mesurée sous forme de résultat), incitation majeure pour les professionnels et garantie pour le patient, sera généralisée. Déjà présente pour les médecins généralistes à travers la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) et plus marginalement pour les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD), le paiement à la qualité aura vocation à englober l'ensemble des producteurs de soins (psychiatrie, médico-social, professionnels de ville). Une partie minoritaire du financement des professionnels et des établissements dépendra alors de l'atteinte d'indicateurs.

Le nombre d'indicateurs sera limité pour favoriser une réelle évolution des comportements. Les exemples internationaux montrent en effet que lorsque les indicateurs sont trop nombreux, il n'y a pas de mobilisation des parties prenantes. Le point clé sera de gérer le nombre important des dimensions de la qualité et d'éviter les effets de focalisation par un remplacement régulier des indicateurs.

En cible, ce sont les dispositifs d'intéressement plus collectifs qui ont vocation à prendre le pas sur des rémunérations individuelles à la qualité, afin de permettre la cohésion des acteurs sur un objectif de résultat d'une prise en charge globale du patient, dont ils sont tous individuellement et solidairement partie prenante. À cet égard, l'expérimentation du modèle d'incitation à une prise en charge partagée (Ipep) sera déterminante et pourra alimenter en fonction de ses résultats les modèles de tarification à venir.

Cette expérimentation repose sur la mise en place de groupements d'acteurs constitués sur la base du volontariat, acteurs qui partagent une responsabilité collective de prise en charge envers leur patientèle. Ce concept dit de « responsabilité populationnelle » a pour objectif d'inciter les acteurs à se fédérer autour d'un

projet commun pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. Cette responsabilité collective implique que le groupement soit responsable d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de qualité.

L'expérimentation Ipep propose ainsi de tester une incitation financière collective complémentaire aux financements de droit commun (paiement à l'acte, tarification à l'activité, dotation globale...). Celle-ci sera calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge, incluant la dimension de « l'expérience patient », et de maîtrise des dépenses pour une population donnée. Suite à l'appel à manifestation d'intérêt publié au printemps 2018, le cahier des charges a été coconstruit avec dix-huit groupements d'acteurs en santé. Il sera mis en œuvre à partir du second semestre 2019.

Les dix indicateurs de qualité socles retenus portent sur les quatre thématiques correspondant aux objectifs du projet : l'accès aux soins ; la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital, et la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, afin d'éviter les ruptures de parcours et de réduire les hospitalisations évitables ; la prévention et la promotion de la santé ; la pertinence des prescriptions médicamenteuses.

L'expérience patient vise à recueillir le point de vue et le vécu du patient. Elle se distingue de la perception et de la satisfaction, qui reposent sur les attentes du patient. Pour les deux expérimentations Peps et Ipep, un indicateur a été construit à partir d'un questionnaire d'expérience patient visant à mesurer la qualité du parcours de santé du patient à travers son vécu. La

prise en compte de cette dimension vise à apprécier si la structuration des acteurs et les actions mises en place permettent d'améliorer, du point de vue du patient, son suivi et sa prise en charge.

Enfin, le paiement pour la structuration de services doit permettre d'organiser l'offre et de favoriser l'accès aux soins et la réponse aux besoins des populations sur les territoires. Cette modalité de financement, qui a vocation à faire intervenir le niveau régional pour répondre aux besoins particuliers de chaque territoire, peut trouver de multiples applications : dotation populationnelle pour répondre à la demande de soins psychiatriques ; dotation socle pour des activités structurantes au niveau territorial ; financement des hôpitaux de proximité....

La structuration des soins de premier recours sera ainsi favorisée. Si celle-ci ne peut être le seul apanage des mesures de financement et demandera une cohérence de l'action publique durant plusieurs années et dans plusieurs domaines (*numerus clausus*, système d'information, simplification du droit), le financement public d'une partie des investissements ou des frais de fonctionnement de nouveaux services offerts à la population peut constituer un réel accélérateur. C'est le sens du soutien apporté à la collaboration des médecins avec des assistants médicaux dans le cadre du plan santé 2022, ainsi que du financement des communautés professionnelles territoriales de santé à l'échelon d'un territoire en échange de services rendus : accès à un médecin traitant pour tous, organisation des soins non programmés, développement de la télémédecine, organisation de la délégation de tâches... ●

Parcours de santé et partage d'informations : le numérique en soutien des nouvelles formes de coordination des parcours

La gradation des soins et l'organisation des parcours constituent des dimensions clés de l'organisation du système de santé et de la matérialisation des prises en charge sur les territoires. En effet, l'enjeu pour le patient est de recevoir le soin adapté dans le lieu de prise en charge adéquat. Ainsi, la gradation du système de santé et son corollaire, la capacité à organiser son parcours et à transférer le patient vers le bon interlocuteur, sont au centre de l'organisation du système de santé dans les territoires. La prégnance de cette dimension et les impacts organisationnels, humains et matériels qui en découlent sont au cœur du projet de loi de santé « organisation et transformation du système de santé » en cours d'adoption à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Néanmoins, l'organisation des parcours et de la gra-

dation des soins s'accompagne nécessairement d'une réflexion sur la qualité et la disponibilité des informations de santé des personnes à chaque étape du parcours : en effet, les professionnels sont en attente de la juste information pour réaliser la prise en charge adaptée. Si les usagers, les patients et les aidants y contribuent, ils ne peuvent servir de vecteur unique de transmission d'informations aux différents acteurs de leurs parcours. Ainsi, la disponibilité et la qualité des services numériques qui visent à partager et mettre à disposition les bonnes informations de santé deviennent cruciales pour des parcours de santé intégrés et fluides. Nous présenterons, dans cet article, le contexte d'émergence des services numériques de parcours, et les enjeux liés à leurs usages dans les territoires.

Marie-Gabrielle Rietsch

Chargée de mission sur le programme E-parcours, Direction générale de l'offre de soins (DGOS)



Des réponses innovantes aux besoins de coordination entre acteurs du système de santé

Devant le constat du manque d'intégration des acteurs des prises en charge et face aux ruptures de parcours vécues par les usagers, cinq régions ont fait émerger de nouvelles formes de coordination tant sur le plan organisationnel que numérique, ancrant sur ces deux plans la transversalité des prises en charge et du partage d'informations entre les acteurs¹. En effet, la prise en charge des personnes en situation complexe dépasse la coordination entre professionnels de santé, et dépasse la seule disponibilité et connaissance des médecins traitants lorsqu'ils y sont confrontés. En effet le nombre d'intervenants auprès des personnes âgées et malades chroniques est important² et leurs statuts variés : il peut s'agir de soignants, de médecins, de travailleurs sociaux mais aussi d'aides à domicile intervenant au quotidien auprès de ces personnes fragiles. Cette multiplicité d'acteurs fait de la communication interprofessionnelle une condition essentielle de la continuité des prises en charge pour répondre à la complexité des situations. De ce fait, c'est l'ensemble des modalités de suivi, de coordination et de partage d'informations entre les acteurs des secteurs sanitaire (établissements de santé et ville), médico-social et social qui est questionné par ce type de prises en charge, et donc les outils nécessaires.

Dans ce contexte, des réponses systémiques, innovantes et intégrées ont émergé en vue de diminuer les ruptures de parcours :

- sur le plan organisationnel, la mise en place des plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA), qui se distinguent par leur polyvalence par rapport aux dispositifs préexistants : en appui des professionnels de santé qui les sollicitent, elles organisent la prise en charge de personnes de tout âge et toute pathologie dès lors que le médecin pressent une situation complexe. Dans le cadre du projet de loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ces dispositifs ont vocation à être unifiés avec l'ensemble des autres dispositifs d'appui à la coordination dans une logique d'amélioration du service rendu et de meilleure lisibilité pour les professionnels ;
- sur le plan de la continuité des prises en charge, la notion d'équipe de prise en charge, pluriprofessionnelle et transsectorielle, permet d'apporter une réponse holistique aux besoins de la personne. Il devient alors nécessaire de donner un cadre sécurisant aux informations échangées pour assurer la continuité des prises en charge entre professionnels de différents horizons : le « secret professionnel partagé », qui élargit, sans s'y substituer, la notion de secret médical, rénove le cadre réglementaire des échanges pluriprofessionnels ;

1. Il s'agit du programme Territoire de soins numériques, auquel ont participé l'Île de France, la Bourgogne-Franche-Comté, l'Océan Indien, la Nouvelle-Aquitaine et l'Auvergne-Rhône-Alpes dans leur nouvelle dénomination.

2. Ainsi, entre 3 et 5 professionnels sont généralement impliqués dans l'équipe de prise en charge de la personne.

● sur le plan numérique, des services de partage et d'échange d'informations entre professionnels de différents secteurs ont été développés et expérimentés. Reflets des besoins de partage d'informations transverses et de coordination réactive, ils dessinent les grandes lignes d'un système numérique de santé adapté aux enjeux des territoires et soulignent les besoins d'évolution du cadre de la e-santé en France.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a capitalisé les enseignements³ en termes de système d'information de coordination et identifie trois grandes classes de besoins :

- le partage de l'information usager, avec un volet « médical » qui s'appuie sur le dossier médical partagé (DMP), en cours de déploiement généralisé sur le territoire national ;
- l'échange d'information entre professionnels impliqués dans l'équipe de prise en charge autour de la personne, notamment *via* des services de *chat*, sans se substituer aux messageries sécurisées de santé dans les cas définis ;
- les services favorisant la gestion structurée de la coordination (outils de repérage et d'évaluation d'une situation, plan personnalisé de santé dynamique, planification...).

Les enjeux de l'intégration du numérique dans les pratiques professionnelles

Ces services ont vocation à être généralisés dans toutes les régions, et c'est le sens du programme E-parcours, initié dès 2017 par la DGOS et piloté en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) jusqu'en 2022. Parallèlement à l'émergence de nouvelles formes de coordination et de prise en charge partagée (communautés professionnelles territoriales de santé, expérimentations au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018), E-parcours engage les professionnels du monde de la santé, les usagers et aidants, et les institutions publiques de santé à se décroiser et invite à faire évoluer les pratiques de prises en charge.

Ainsi, le programme vise la mise à disposition et le déploiement des services numériques de coordination, concomitamment à celui des services socles de la e-santé (messageries sécurisées de santé MSSanté, DMP, Répertoire opérationnel de ressources), dans le cadre sécurisé et urbanisé que dessine actuellement la Délégation au numérique en santé. En raison de l'intégration des acteurs des prises en charge qu'il suppose, le déploiement des services numériques de parcours soulève la question de la maturité numérique des différents acteurs de la santé et de l'urbanisation globale du système.

En effet, le secteur sanitaire a été profondément travaillé par la question du numérique et dispose désormais d'une certaine maturité sur le sujet, même si elle demeure

3. <https://www.anap.fr/les-projets/axe-1-organisation-des-territoires/detail/actualites/territoire-de-soins-numerique/>

inégal : les plans Hôpital numérique, et désormais Hop'En (Hôpital numérique ouvert sur son environnement)⁴, ont permis d'élever le niveau de maturité de la sécurité informatique, l'organisation de l'identitovigilance, la maturité des outils de production de soins. Parallèlement, les professionnels de santé de ville sont équipés de logiciels de cabinets et disposent de téléservices performants développés par la Cnam. La maturité numérique du secteur médico-social s'accroît nettement, mais il demeure encore insuffisamment intégré dans les services numériques socles et des parcours. La feuille de route stratégique du numérique en santé⁵, présentée le 25 avril 2019 par la ministre de la Santé, avec la Délégation du numérique en santé, comprend un « plan ESMS⁶ numérique » qui permettra d'étayer la progression des acteurs du secteur dans l'appropriation des enjeux liés au numérique (gouvernance, sécurité, interopérabilité...).

La transversalité des parcours suppose désormais de répondre à différents enjeux :

- assurer une identification transversale de l'utilisateur dans l'ensemble des systèmes, en vue d'appuyer la sécurité des prises en charge entre l'ensemble des acteurs ; l'intégration des prises en charge implique de partager les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance et de développer les modalités de sécurisation des identités des usagers à chaque étape de leur parcours ;
- développer l'interopérabilité entre les outils de chacun des acteurs. Aussi prometteurs qu'ils soient en termes de viralité⁷, les services numériques de parcours doivent être intégrés de manière fluide aux outils de travail de

4. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen>

5. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-acceler-le-virage-numerique>

6. ESMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux.

7. La notion de viralité renvoie à la propagation d'un service ou d'un contenu entre différents utilisateurs, fondée notamment sur des modalités d'appropriation simple et un usage à forte valeur ajoutée, favorisant ainsi une promotion par les pairs et non orchestrée par un tiers.

chaque professionnel pour favoriser la continuité de la transmission d'informations et limiter le nombre de saisies. C'est tout le sens d'un article du projet de loi de santé, qui vise à donner un cadre plus contraignant en termes de développement et mise en œuvre de l'interopérabilité des logiciels et systèmes d'information ;

- appuyer la transformation des pratiques : l'usage des services numériques, quels qu'ils soient, vient modifier le déroulement des prises en charge et demande de faire évoluer les pratiques des professionnels tant au sein des cabinets que lors des interventions à domicile. Au-delà de la nécessaire évolution des formations vers des pratiques collaboratives pluriprofessionnelles, faire circuler l'information nécessaire et pertinente à la continuité des soins entre acteurs, coordonner les interventions, mettre à disposition dans un espace de partage les informations de l'utilisateur sont autant de nouvelles pratiques à intégrer dans le quotidien des acteurs. L'accompagnement au développement des usages est un levier majeur pour appuyer la transformation des pratiques et devra aller de pair avec la transformation organisationnelle à l'œuvre.

Ainsi, la mise en œuvre des parcours de santé fait évoluer un écosystème complexe, comprenant des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, de même que l'utilisateur et ses aidants. Cette démarche globale s'appuie sur la transformation des organisations, avec l'émergence de nouvelles formes de coordination et de nouveaux métiers au service de la coordination des parcours. Elle souligne aussi les silos numériques qui demeurent à dépasser dans notre système en vue de réaliser l'intégration des prises en charge tant sur le plan organisationnel que numérique. Dans ce contexte, l'élaboration de la doctrine du numérique en santé, portée par la Délégation au numérique en santé, constitue une feuille de route attendue et décisive pour réussir le changement de paradigme vers un système offrant une organisation des soins continue, efficiente et intégrée. ●

La prise en compte des déterminants de santé dans les soins de proximité

Monsieur Paul

Monsieur Paul, 50 ans, est fumeur depuis l'âge de 17 ans, usager à risque d'alcool avec quatre à cinq verres standard par jour. Il est sédentaire et mange peu de fruits et légumes. Ces déterminants immédiats de santé, en collaboration sournoise avec ses prédispositions génétiques, ont entraîné des troubles métaboliques et tensionnels, dont il ne ressent pas les effets. Monsieur Paul est chauffeur de bus et sa compagne fait des ménages. Ils sont tous les deux issus d'un milieu

défavorisé et ont arrêté tôt leurs études. Leurs revenus sont modestes et ils louent un logement social. Ils sont préoccupés par des fins de mois difficiles. Ces déterminants socioéconomiques de santé sont responsables, en partie, des déterminants immédiats.

Dans une approche de santé communautaire, les actions en proximité sont fondamentales. Il s'agit de créer les contextes favorables à la santé, tout au long de la vie, dans tous les environnements (école, travail, domicile, loisirs...). Cet objectif est inscrit dans la stra-

Philippe Castera
Nathalie Lajzerowicz
Shona Barbette
Gaëlle Dreveau
Audrey Gonneau
 Réseau addictions
 Agir 33 Aquitaine



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 47.

tégie nationale de santé 2018-2022 [20]. À titre individuel, il s'agit également de renforcer les compétences psychosociales et favoriser le « prendre soin de soi ».

Soins de proximité : de quoi parle-t-on ?

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1978, dans sa déclaration d'Alma-Ata [25], les soins de santé primaires se doivent d'être accessibles à tous, dans tous les contextes, dans toutes les communautés. Cela pose la question de leur coût et de leur prise en charge financière, de leur accessibilité en proximité humaine, temporelle et géographique.

Les missions attribuées au médecin généraliste le positionnent comme coordinateur en charge de guider la personne dans son parcours de santé, en fonction de son degré d'autonomie, mais aussi de ses valeurs. Cette fonction est de plus en plus difficile du fait de l'éloignement des soins de deuxième recours : difficultés de transport pour un spécialiste éloigné ; difficultés à obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables ; absence de spécialistes à honoraires opposables... Les solutions émergentes du numérique, comme la télémédecine, nécessitent de penser également leur accessibilité.

Tous les professionnels de santé mais également du social, les aidants, les animateurs de prévention, les patients experts ou pairs sont associés, avec leurs compétences spécifiques, dans les accompagnements en proximité.

Comment repérer les déterminants de santé dans les soins de proximité ?

Les déterminants de santé qui vont nous intéresser le plus, en soins de proximité et en France, sont les facteurs liés au style de vie personnel (modèle de Dahlgren et Whitehead) [28] comme le tabagisme, les troubles d'usage plus ou moins sévères de l'alcool, l'alimentation inadaptée et la sédentarité. Ils peuvent être pris comme exemple. Heureusement, ces déterminants sont modifiables par les personnes elles-mêmes.

De nombreuses campagnes de marketing social ont pour rôle d'aider à changer ces comportements. Mais ces campagnes atteignent les personnes qui sont dans le « prendre soin de soi », en capacité culturelle et économique d'en adopter les conseils. On sait aujourd'hui qu'elles ont tendance à creuser les inégalités sociales de santé, même si elles sont utiles pour le plus grand nombre. Il est donc fondamental de les relayer par des actions au plus près des territoires et des personnes.

Dans les enquêtes déclaratives, les professionnels disent repérer systématiquement les usages inadaptés, mais on connaît le biais de désirabilité sociale. Les logiciels professionnels intègrent ces indicateurs et proposent des rappels.

À ce propos, il est intéressant de regarder les résultats de l'étude VIJGIL (Visite des jeunes généralistes installés libéraux), en 2017 [2], réalisée en ex-Aquitaine auprès

des généralistes installés depuis moins de trois ans. Le principal obstacle à aborder les addictions est pour eux l'absence de demande du patient, la différence étant statistiquement significative avec les deux autres obstacles : le manque de temps et le manque de formation. Dans la même étude, l'alcool apparaît comme la prise en charge la plus difficile, de façon significative par rapport aux autres addictions. Deux obstacles à la prise en compte de certains déterminants de santé sont ainsi identifiés : l'absence de demande de la personne et les représentations des soignants.

Il s'agit donc, le plus souvent, d'aller vers les personnes, en l'absence de demande, et au-delà de nos freins, en étant proactif. C'est ce que propose le conseil minimal à l'arrêt pour le tabac, et le repérage précoce et intervention brève (RPIB) pour l'alcool. Plus de 15 000 soignants ont été formés à ces approches en ex-Aquitaine, depuis 2003.

Comment intervenir sur les déterminants de santé ?

Si les comportements à modifier ont été identifiés, comment accompagner les personnes dans l'apprentissage de nouveaux comportements, tout en restant conforme à leurs valeurs ? Les formations comme le RPIB sont souvent la première rencontre des soignants avec une réflexion sur les postures, les bonnes attitudes relationnelles. L'objectif à partir de 2020 est de former tous les internes de médecine générale de l'université de Bordeaux aux interventions brèves et aux entretiens motivationnels.

Le premier objectif du soignant (de l'intervenant) est d'optimiser l'alliance, la relation. Le deuxième objectif est de prendre conscience de ses représentations pour les mettre à distance (être vide du « soi » pour laisser la place à « l'autre »). Le troisième objectif est de se centrer sur la personne.

Obtenir un changement de comportement, c'est d'abord s'assurer :

- qu'il est conforme aux valeurs de la personne (notion d'éthique) ;
- qu'il respecte son espace de liberté, d'autonomie (notion de réactance) ;
- qu'il améliore sa qualité de vie (notion de fardeau) ;
- qu'il réduit les risques (dès l'atteinte d'objectifs intermédiaires).

Blaise Pascal disait : « On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres. » Il convient d'aider la personne à mobiliser quelque chose d'elle-même, de l'aider à découvrir et renforcer sa motivation intrinsèque au changement. Les décisions seront partagées et non imposées. Leurs résultats seront suivis régulièrement et dans la durée. On reste constamment dans une vision positive, dans un système d'apprentissage et non dans un système correcteur. La personne apprend un nouveau comportement. Lorsque l'on apprend à faire du vélo, on tombe au début, on roule un peu mieux ensuite, puis on prend du plaisir à

rouler plus vite et sans mobiliser toute son attention à rester en équilibre. Un point essentiel est de respecter le temps de la personne. S'approprier cette approche n'est pas toujours facile, et il faut organiser un contexte, en proximité, à même d'aider les intervenants.

Comment créer des conditions favorables au changement ?

La bonne échelle d'une organisation pour atteindre les déterminants de santé est le territoire de chaque personne. Il ne s'agit pas de créer des circuits de prévention à l'identique des circuits de soins, mais de se rendre disponible et de se coordonner autour du parcours de chacun. Pour cela, la mise en lien de tous les acteurs de la communauté est nécessaire, la personne étant porteuse de son parcours selon son degré d'autonomie. Chaque citoyen croise régulièrement les services de prévention dans les entreprises, les services de santé scolaire, les professionnels de santé libéraux, les travailleurs sociaux, les animateurs de prévention. Ces rencontres sont des opportunités renouvelées d'être exposé à des messages positifs, cohérents, à des propositions d'accompagnement au changement, à des temps d'écoute. Aider la personne à épaissir ses valeurs et à voir en quoi elles sont éloignées de ses comportements actuels. Développer cette divergence pour favoriser l'engagement. Accompagner dans la durée. Orienter vers les soins secondaires les personnes les plus en difficulté... Chacun peut apporter une pierre aux objectifs de la personne.

Conclusion

En Nouvelle-Aquitaine, une première expérience cherche à schématiser de telles approches, à étudier leur faisabilité et leur transférabilité, grâce à un partenariat entre Agir 33 Aquitaine (future Coordination régionale addictions Nouvelle-Aquitaine [Coreadd] avec les réseaux en soins d'addictologie Aria-PC, AddictLim et Resapsad) et le groupement hospitalier de territoire (GHT), en commençant par le tabac : le projet LAST/PAST/5A.

Ce projet a pour objectif de favoriser la demande d'aide des fumeurs auprès des professionnels de santé de leur territoire (nommés lieux d'accompagnement à la santé sans tabac ou LAST). Des actions de marketing social en proximité seront ainsi proposées. Ce projet souhaite également permettre aux professionnels d'aller plus systématiquement vers les fumeurs, grâce à des formations (5A pour *ask* [demander], *advice* [conseiller], *assess* [évaluer], *assist* [aider], *arrange* [organiser]). Les professionnels (LAST) pourront être regroupés en pôles d'accompagnement à la santé sans tabac (PAST) et disposer ainsi d'un addictologue référent et d'une aide pour développer leurs propres projets. L'ensemble de cette démarche sera évalué afin d'en apprécier la transférabilité.

Les enjeux sont considérables en termes de formation mais aussi de changement des représentations et des pratiques. Le Baromètre santé 2017 fait état d'un million de fumeurs en moins même pour les populations précaires [29] grâce à une volonté soutenue des pouvoirs publics qu'il faut accompagner. ●