

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
Gaelle 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. ●