

Coopération sanitaire De la **théorie** à la pratique

Une meilleure coordination des parcours de santé entre la ville et l'hôpital sera indispensable pour relever le défi de l'accès aux soins, en particulier dans les territoires. Les pistes de collaboration ne manquent pas, mais elles se heurtent pour l'instant à des freins politiques, organisationnels, culturels et financiers.

Selon les experts, l'adoption d'une véritable politique de prévention nécessitera une vision stratégique claire, une méthodologie commune et des moyens financiers adaptés.



La montagne accouchera-t-elle d'une souris ? Le « Ségur de la santé » réunit actuellement plus de 300 acteurs. Crise sanitaire oblige, la réflexion est principalement centrée sur l'hôpital. Trop, diront certains, à commencer par les professionnels de proximité, noyés dans des représentations collectives et cantonnés à la discussion sur l'organisation territoriale des soins.

Indépendamment des statuts, la réforme programmée du système de santé nécessitera des coopérations inédites entre la ville, l'hôpital et le médico-social, quitte à redéfinir le rôle et les missions de chacun. Pour autant, inutile de s'attendre à un bouleversement de l'ordre établi. Les grandes lignes de l'action politique sont déjà tracées. Elles reposent sur les axes stratégiques du plan « Ma Santé 2022 », dont les ambitions ont été réaffirmées par le Premier ministre dès l'ouverture des débats. Il s'agira d'aller « plus vite et plus loin », sans toutefois « changer de cap ». Comment ? C'est tout l'enjeu de cette concertation. Les premières propositions devaient être formulées mi-juillet.

Une nouvelle gouvernance territoriale

Selon plusieurs experts, la gestion parfois chaotique de la pandémie doit faire office de déclic. « Il est temps de reconstruire les solidarités et les complémentarités dans

les territoires. Il faut redonner le pouvoir aux acteurs du terrain, en fonction des attentes, des besoins et des compétences disponibles », affirme Rachel Bocher, présidente de l'INPH¹. Les bonnes volontés ne suffiront pas. Des mesures fortes sont attendues. « Les ARS doivent se recentrer sur leurs missions de régulation, de financement et de contrôle des projets de santé. La gestion du secteur public hospitalier doit échoir à un autre pouvoir déconcentré ou une juridiction financière », relève Lamine Gharbi, président de la FHP², qui plaide en faveur d'une démocratie territoriale de santé intégrant tous les protagonistes, élus locaux y compris.

De son côté, la FHF³ veut capitaliser sur l'existant, écartant notamment la création de nouvelles structures ou de nouveaux outils intermédiaires. « Les organisations communes, nées de la crise, devront perdurer dans les territoires », souligne son président. Frédéric Valletoux propose également de renforcer le maillage des CPTS, considérées comme « des partenaires importants pour le développement des relations entre la ville et l'hôpital ».

Les professionnels de proximité y sont naturellement favorables, sous peine d'équilibrer le rapport de force avec les GHT. « Nous devons installer des comités de liaison pour structurer la prise en charge. La solution la plus simple >>>

Séjour de la santé

Un "New Deal" pour l'hôpital ?

Les deux fédérations hospitalières ont dévoilé leurs propositions de réforme. La revalorisation des salaires et des carrières ou encore la relance de l'investissement y figurent en bonne place.



Selon la FHP, il existe un potentiel de 100 000 nouvelles embauches dans le secteur de la santé, dont 15 000 dans le privé.

Trois mois après le discours de Mulhouse, la grande réforme de l'hôpital promise par Emmanuel Macron se dessine. Installé le 25 mai, le « Séjour de la santé » réunit actuellement plus de 300 participants, chargés d'analyser les forces et les faiblesses d'un système de soins mis à rude épreuve par la crise du nouveau coronavirus. Quatre axes stratégiques ont été identifiés : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ; définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ; simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ; fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

Hasard ou coïncidence, certaines « corporations » ne seront pas directement représentées. Exception faite des médecins, les professionnels de proximité n'auront pas voix au chapitre, sinon par le biais de contributions écrites. Autre absence notable, celle des infirmiers et des aides-soignants, pourtant en première ligne. Une incohérence largement pointée du doigt, au regard des enjeux liés à la reconnaissance de leur exercice. Coordonnés par Nicole Notat, l'ex-secrétaire générale de la CFDT, les travaux engagés devraient néanmoins déboucher sur des propositions concrètes. Les premières conclusions étaient attendues à la mi-juillet.

Des propositions concrètes et chiffrées

Tour à tour, les deux fédérations hospitalières ont dévoilé leur plan d'action. La FHF veut un « New Deal de la santé » pour garantir une offre de soins « solide et durable » à la population. Parmi ses nombreuses préconisations, elle réclame une enveloppe de six à sept milliards d'euros pour revaloriser les carrières sanitaires et médico-

sociales dans le public. Elle cible également trois leviers critiques pour relancer l'investissement hospitalier : la reprise continue de la dette, l'introduction d'un « niveau plancher » garanti par une subvention de deux milliards d'euros provisionnée dans l'Ondam et le recours à l'épargne des ménages via la création d'un « livret H », véritable pendant du livret A pour le logement social.

De son côté, la FHP sollicite un Ondam à 10 %. Outre la stimulation des tarifs et des investissements, cette évolution historique permettrait de financer la hausse des salaires des 113 850 soignants du secteur de l'hospitalisation privée, à hauteur de 300 euros net par mois*. Pour restaurer l'attractivité des métiers, paramédicaux en tête, elle propose un plan massif de formation initiale et continue, dont elle chiffre le montant à deux milliards d'euros. Selon la FHP, 34 000 infirmier(e)s et 24 000 aides-soignant(e)s devront être formés pour couvrir les besoins, soit le double des capacités actuelles.

Le facteur humain

Au-delà des réformes techniques, le facteur humain devra être mieux pris en considération. « L'écoute, le dialogue et le partage doivent retrouver toute leur place

dans la chaîne de valeur du soin, y compris dans la décision médicale. Nos missions et nos aptitudes sont clairement sous-estimées, au point de créer de réelles difficultés en matière de fidélisation des professionnels, lassés par un manque criant de reconnaissance et des conditions de travail pas toujours évidentes », explique Guillaume Gontard, président de la Fédération nationale des associations d'aides-soignants (FNAAS), qui revendique par ailleurs le droit d'exercer en libéral.

Dans un registre différent, les praticiens hospitaliers veulent eux aussi donner plus de sens à leur quotidien. « Il faut en finir avec cette notion d'hôpital-entreprise, caractérisée par une logique de rentabilité à tout crin, qui se solde trop souvent par des fermetures de lits ou d'établissements. Il faut redonner de la souplesse et de l'autonomie aux soignants, encourager et valoriser la prise d'initiative ou encore favoriser la mutualisation des compétences au sein des équipes soignantes », estime Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH). Elle se fixe deux objectifs prioritaires : remédicaliser la gouvernance des hôpitaux en redonnant un pouvoir décisionnaire à la CME et réformer le statut de praticien hospitalier, avec un véritable accès aux activités de recherche, d'enseignement, de management... et de prévention. ■

J. I.

(*) D'après les calculs de la FHP, cette mesure coûterait 825 millions d'euros, soit 5,5 points dans l'Ondam 2021.

>>> consisterait à implanter une cellule de coordination au sein des CPTS et/ou des CME », estime Catherine Kirnidis, présidente du SNIIL⁴. « Les usagers pourraient faire le lien entre les deux parties », ajoute Gérard Raymond, président de France Assos Santé.

Une redéfinition des rôles et des missions ?

Certains soignants revendiquent une redistribution des rôles. « La ville doit être l'aiguilleur du système de santé. Elle doit piloter les parcours de soins, en amont et en aval des hospitalisations. L'hôpital doit se recentrer sur les activités lourdes, complexes, techniques et urgentes », résume Gilles Bonnefond, président de l'USPO⁵. Reste que les établissements de santé n'entendent pas se concentrer uniquement sur les cas graves. Ils ne se voient pas abandonner les soins non programmés ni les malades chroniques ou les personnes âgées. « Nous sommes fortement impliqués dans la mise en œuvre des filières, en étroite collaboration avec les autres offreurs de soins du territoire », confirme Frédéric Valletoux.

Une chose est sûre, le virage de l'interprofessionnalité sera décisif. « Il nous appartient de bâtir des protocoles de coordination fiables et efficaces. Si nous ne parvenons pas à nous entendre, nous serons relégués au rang de simples exécutants de la décision sanitaire », insiste Jean-Philippe Brégère, trésorier de la FCPTS⁶. « Il ne doit pas y avoir de modèle unique. Toutes les formes de regroupement devront être encouragées, tempère Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF⁷. La création d'un statut de praticien mixte entre la ville et l'hôpital faciliterait sûrement les rapprochements, en améliorant la connaissance des structures et des pratiques. » Jugeant la notion de service public hospitalier excluante, la FHP souhaite passer d'une logique de statut à une logique de mission. « Tous les acteurs de l'offre de soins pourraient s'engager dans un service territorial de santé articulé autour d'enjeux prioritaires », suggère Lamine Gharbi, citant notamment l'accès et la permanence des soins, la prévention, la précarité ou encore le vieillissement de la population.

Des chantiers prioritaires

La sortie hospitalière devra fatalement faire l'objet d'une attention particulière. « Le référencement obligatoire des professionnels de proximité désignés par les patients, déjà prévu par le Code de la santé publique, doit être immédiatement appliqué. Ce problème d'identification freine considérablement l'organisation et la coordination de la prise en charge », constate Gilles Bonnefond. « Les CPTS seront des interlocutrices de référence. Elles pourraient fluidifier la gestion de cette étape cruciale du parcours de soins, trop souvent synonyme de perte de chances », complète Jean-Philippe Brégère. Pour inverser la tendance, le partage d'informations devra être systématique. « Il n'y aura pas de coopération sans communication. L'heure est venue d'imposer des normes d'interopérabilité à tous les éditeurs de logiciels », martèle Jean-Paul Ortiz.

A plus large échelle, la liaison ville/hôpital devra se concevoir sous de nouveaux auspices, nourris par le savoir scientifique, la révolution technologique et la pression sociétale. Ici aussi, le collectif sera une planche de salut. « Nous devons passer du soin à la santé, en agissant sur

tous ses déterminants. Cette approche plus holistique suppose une vision collégiale, une méthodologie commune et une éducation sanitaire appropriée », précise Catherine Kirnidis. Maintes fois évoqué, sans que jamais le stade des intentions et des promesses ne soit franchi, l'avènement d'une véritable politique de prévention répond aux mêmes impératifs. « Un tel changement de paradigme ne surviendra à aucune forme de cloisonnement. Outre des moyens financiers adaptés, il réclamera une concertation de chaque instant, à chaque étape du parcours. Tous les soignants devront parler le même langage », prévient Gérard Raymond.

Un financement revisité et équilibré

L'instauration d'un financement à la qualité et à la pertinence pourrait favoriser cette transition. « Pour être efficace, sa proportion dans la tarification des soins devra être significative. Nous devons absolument être associés à la co-construction des critères d'évaluation », énonce Gérard Raymond. « La T2A ne doit pas totalement disparaître. C'est une garantie d'efficience pour les hôpitaux », rappelle Lamine Gharbi. Les professionnels de proximité ne semblent pas opposés à cette évolution. « Ce principe répond aux exigences d'une médecine de parcours, à condition de maintenir le paiement à l'acte », tranche Jean-Paul Ortiz. Ils émettent néanmoins certaines réserves : « La fongibilité des enveloppes serait un risque manifeste pour la ville qui pourrait pâtir du transfert de plusieurs dépenses ou d'une surconsommation des budgets alloués », redoute Catherine Kirnidis. L'idée d'un double conventionnement fait progressivement son chemin. « Le travail de coordination sera certainement valorisé dans le cadre d'une rémunération forfaitaire et polycatégorielle », assure Jean-Philippe Brégère.

Tous les protagonistes en conviennent : la santé doit être perçue comme un investissement stratégique pour la nation. Restrictive et contre-productive, la règle de l'annuité budgétaire n'aurait plus lieu d'être. « Le gouvernement doit élaborer une loi de programmation des dépenses sur cinq ans avec des objectifs qui ne dépendront plus des recettes mais des besoins », préconise Gilles Bonnefond. « La santé doit devenir une politique publique à part entière. Les arbitrages financiers devraient être effectués par Ségur et non plus par Bercy », avance Rachel Bocher. Légitimes, les ambitions affichées seront forcément corrélées à la reprise de l'activité économique. La récession annoncée pourrait drastiquement limiter les marges de manœuvre. Comment financer les réformes systémiques, sans alourdir l'impôt et sans creuser la dette ? Les solutions existent, mais elles pourraient remettre en cause l'idéal solidaire et égalitaire français... ■

Jonathan Icart

(1) Intersyndicat national des praticiens hospitaliers – INPH.

(2) Fédération hospitalière de France – FHF.

(3) Fédération de l'hospitalisation privée – FHP.

(4) Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux – SNIIL.

(5) Union des syndicats de pharmaciens d'officine – USPO.

(6) Fédération des CPTS – FCPTS.

(7) Confédération des syndicats médicaux français – CSMF.