



édito

Des mots pertinents mais insuffisants pour guérir les maux du système de santé

Le discours prononcé par le Président de la République aux professionnels de santé le 6/01/2023 au centre hospitalier Sud Francilien illustre parfaitement un étrange paradoxe.

Comment un diagnostic juste et souvent partagé, des remèdes parfaitement identifiés et depuis longtemps, un engagement politique au plus haut niveau, ne permettent pas de sortir d'une gestion de crise permanente.

Peu de domaines de l'action publique ont fait l'objet d'autant de réflexions, de lois, de conférences nationales, de « Ségur de la santé » hier, de Conseil national de la Refondation aujourd'hui, d'innombrables rapports etc...et pourtant le sentiment des Français, régulièrement mesuré par les sondages d'opinion, témoigne d'une dégradation du système. Difficultés d'accès territoriales aux soignants mais aussi à de nombreuses spécialités médicales, psychiatrie, pédiatrie, gériatrie, gynécologie...et médecine générale ; absence de coordination ville /hôpital, sanitaire/médico-social, généralistes/spécialistes/soignants, urgences saturées, soins à domicile mal organisés, hôpital étouffé, innovations médicales et industries biomédicales en perte de vitesse. N'en jetons plus.

Les remèdes sont là aussi connus : prioriser le maintien à domicile avec l'organisation et la rémunération qui le permettent, alléger les tâches administratives des professionnels de santé, lever les obstacles qui freinent le développement des infirmières de pratique avancée afin d'assurer un continuum dans la prise en charge, décentraliser la gestion hospitalière et responsabiliser le trio directeur/médecin/soignant, régionaliser sérieusement la gestion du système en laissant à l'État la politique générale, la planification et l'expertise.

Rien de révolutionnaire dans ce constat et ces propositions. Alors que manque-t'il pour que se produisent les effets attendus sur l'organisation du système et la situation vécue des professionnels.

- Accélérer le déploiement des initiatives
- Mettre en œuvre des modes de financement stables
- Supprimer les goulets d'étranglements
- Eviter la multiplicité des « petites réformes » et leurs effets de dispersion et de contestations
- Assurer cohérence et impulsion

Sortir du dilemme de Gramsci « le vieux monde se meurt, le nouveau tarde à naître ». Évitions « les monstres » qui pourraient surgir dans le clair-obscur de l'entre-deux.



Alain Coulomb

humeur

LA CONFIANCE (Avoir et donner confiance)

Et si dans l'acte de soin, tout n'était qu'une question de confiance ? Confiance en soi pour le soignant, confiance du soigné en le soignant mais aussi en l'équipe soignante, son savoir, son savoir-faire et son savoir être...

Quand on parle « confiance » en santé on pense immédiatement à la confiance que le soigné a, ou n'a pas mais en tous cas aimerait avoir, en son soignant. Cette confiance-là, du soigné pour le soignant, se construit bien sûr sur le fond, sur la compétence, la capacité à bien interroger, à bien examiner, à bien analyser, à bien décider. Tout ça repose sur le savoir, les résultats précédents, la force de la preuve et l'analyse critique.

...il faut œuvrer pour une sensibilisation à une médecine narrative, finalement la plus belle, et pour une valorisation, une prime à l'acte clinique face à l'acte technique.

Confiance dans le fond et dans la forme

Mais la confiance se construit au moins autant sur la forme : l'empathie, l'écoute, la disponibilité, l'échange. Cette facette de la construction d'une relation de confiance est plus complexe car elle impose du « sur mesure » : certains recherchent une forme d'autorité, doctorale ou professorale, qu'ils jugent rassurante. D'autres cherchent une proximité plus amicale. Choisir le bon dosage, le juste ton, requiert de l'attention et de la disponibilité pour savoir adapter ses mots et ses gestes aux attentes de chacun. Pour cela il faut du temps et vouloir y consacrer du temps. Mais le temps est justement ce qui manque le plus au soignant. Alors comment faire pour inciter à générer la confiance ? Un « contrat de confiance » mettrait le soignant au niveau d'un appareil d'électro-ménager ; une « prime à la confiance » serait impossible à appliquer et un « Tripadvisor » des soignants, la porte ouverte à tous les abus. On en revient donc (comme d'habitude) à une réelle formation à la relation soignant-soigné même si une part de cette relation semble innée, comme un don, et donc difficile à enseigner... En parallèle il faut œuvrer pour une sensibilisation à une médecine narrative, finalement la plus belle, et pour une valorisation, une prime à l'acte clinique face à l'acte technique. Certains rétorqueront que ce qui sauve le malade sont les actes, pas les bonnes paroles, ce qui n'est pas toujours vrai. Mais, même lorsque c'est vrai, l'un n'empêche pas l'autre !

.../...

LA CONFIANCE (Avoir et donner confiance)

Confiance réciproque : un sport d'équipe.

Mais la confiance marche aussi dans l'autre sens : du soignant pour le soigné. On pense bien sûr à l'observance (adhérence, adhésion, compliance, persistance...), au respect des recommandations. Mais les marques de confiance vont bien au-delà de ça : dans la courtoisie, la compréhension des contraintes professionnelles de l'autre et finalement dans une impression bien subjective que « le courant passe ». Cette « confiance réciproque » fruit d'une forme de rencontre – parce que c'était lui, parce que c'était moi – m'a souvent conduit à penser qu'on avait les malades qu'on méritait et que les soignés avaient les soignants qu'ils méritaient ! En creusant un peu plus, on s'aperçoit que la confiance est un sport d'équipe.

En creusant un peu plus, on s'aperçoit que la confiance est un sport d'équipe.

La confiance générée par « mon » malade ne tient pas qu'à lui mais aussi à son entourage, à la qualité des informations qu'il transmet, à l'implication de son écosystème à sa maladie. Et, en symétrie, la confiance qu'il a en moi est en fait la confiance en la structure dans laquelle je pratique. Et on en vient tout naturellement à la notion d'équipe. La confiance ne supporte pas le grain de sable : un mauvais accueil, un geste brutal, une parole malheureuse ou au contraire un silence pesant, un couac dans le système et tout s'écroule. Et Dieu sait si, dans la complexité et la technicité actuelles, le couac est omniprésent ; il suffit d'écouter les récits des parcours de soins pour s'en rendre compte et frémir. Mais rien n'est perdu : un couac peut être géré, expliqué et finalement accepté si l'équipe est solidaire, disponible, attentive, responsable donc responsabilisée. En finir avec les « je ne suis pas au courant », au « ce n'est pas moi, c'est l'autre équipe », au « on verra plus tard » ... Et on en revient à la disponibilité, au temps qu'il faut y passer et à la sensibilisation de l'équipe. Il faut donc non seulement donner, inspirer confiance mais aussi s'engager pour que toute l'équipe suive. Et au-delà de l'équipe, les locaux (qui aurait confiance en un bon soignant dans des locaux sales ?), les structures associées (la cuisine, le brancardage).

Creusons encore : pour qu'une équipe inspire confiance, il faut que chacun puisse aussi avoir confiance en lui. Or la confiance en soi, ça s'apprend mais surtout ça se génère par un système vertueux inducteur de qualité des soins. Un soignant en surmenage, mal encadré, mal considéré, malheureux dans son travail va perdre cette confiance en lui et ne pourra pas donner confiance autour de lui. Nombre des récentes défections dans les personnels soignants étaient la conséquence de ces mauvaises conditions de travail, conduisant à la peur d'aller travailler, la peur de faire mal, la peur de perdre confiance en soi et en l'équipe de soin.

Creusons encore : pour qu'une équipe inspire confiance, il faut que chacun puisse aussi avoir confiance en lui.

Et, la mauvaise confiance...

Mais dans ce plaidoyer pour la confiance à tous les étages, il faut évoquer aussi la « confiance aveugle » parfois bien confortable pour le soignant, souvent bien légitime au bénéfice du sachant mais faisant perdre au soigné son libre-arbitre. **Kaa, le serpent du Livre de la Jungle, hypnotise Mowgli en lui disant « Aie confiance ! »**. Elle permet un soigné docile, ce qui est bon pour l'autorité médicale, et groupie, ce qui est bon pour l'égo. Mais cette relation dominant-dominé est d'un autre âge et génère les abus du Docteur Knock. Et pire que la confiance aveugle, la « confiance aveuglée », des charlatans, des complotistes, des militants qui ont beaucoup plus confiance en des inepties bien construites et bien véhiculées qu'en des évidences scientifiques bien établies. Le succès des fake-news n'est que le témoin d'une perte de confiance envers le système de soin. Les combattre ne passe donc, encore et encore, que par l'éducation et la formation au doux mélange de la science et de l'humanité ! N'oublions pas que le colloque singulier se finit souvent par : « Vous savez, vous me demandez mon avis mais moi ... je vous fais confiance ! ». Sachons la générer, sachons en profiter, sachons ne pas en abuser.

Jean-François Bergmann
Professeur émérite de Thérapeutique Université Paris Cité
Ancien chef du Département de Médecine Interne,
Hôpital Lariboisière, AP-HP
jfb@wanadoo.fr

Vous savez, vous me demandez mon avis mais moi ... je vous fais confiance !

Questions / réponses à...

CLAUDE-EUGENE BOUVIER, Délégué général du Conseil National des Etablissements thermaux (CNETH)



A l'occasion du renouvellement de la Convention Nationale Thermale en décembre 2022 pour la période quinquennale (2023-2027), Coopération Santé a rencontré le CNETH, partenaire historique de notre association et unique syndicat professionnel du thermalisme depuis 2003. Il regroupe la totalité des 113 établissements thermaux français, qu'ils soient sous statut public ou privé, et les représente auprès des instances de tutelle que sont le Ministère de la santé et de la prévention et l'Assurance maladie.

Comment le secteur a-t-il traversé la crise sanitaire ?

Du fait de la vulnérabilité de la patientèle et du mode de diffusion du virus, les établissements thermaux ont été contraints à une **fermeture cumulée de plus de 9 mois**, entraînant une **baisse de fréquentation de 67% en 2020, 44% en 2021 et encore 25% en 2022**. Nous avons été l'un des secteurs économiques les plus durement frappés par cette crise sanitaire, mais néanmoins nous en émergeons avec deux satisfactions : grâce à des mesures drastiques prises en concertation avec la DGS, nous n'avons enregistré aucun cluster, et grâce aux mesures de soutien économique, aucun établissement n'a cessé son activité.

Que répondez-vous à ceux qui régulièrement accusent le thermalisme d'être une médecine de confort du « temps jadis » ?

Le thermalisme a cette faculté de créer des générations spontanées de détracteurs, souvent parmi les sachants... ou ceux qui s'estiment comme tels, et qui le jugent trop simple à l'heure des biotechnologies, trop naturel pour être efficace, trop peu contraignant pour ne pas heurter la conception judéo-chrétienne du soin. Il y a sans doute longtemps que ces thermalo-sceptiques n'ont pas franchi le seuil d'un établissement thermal ou recueilli le témoignage des curistes eux-mêmes. **La médecine thermique doit surtout être jugée pour ce qu'elle est** : certainement pas une médecine « attrape-tout », mais une **médecine complémentaire, utile à la prise en charge de la chronicité**, à un coût compétitif pour la collectivité. Prétendre que l'intérêt de la cure thermique est limité, c'est faire injure aux quelque 50 000 médecins qui la prescrivent chaque année. Prétendre que son efficacité n'est pas évaluée, c'est oublier que le **thermalisme est entré dans l'ère de l'evidence-based medicine depuis 2003** avec la création de l'Association Française pour la Recherche thermique (AFRETh).

Précisément, quelle est la contribution de l'AFRETh, au débat sur l'évaluation de l'efficacité de la cure thermique ?

Fondée en 2004, l'AFRETh a pour objectif de promouvoir la recherche clinique en médecine thermique. Depuis sa création, elle a consacré un budget de plus de **15 millions d'euros au financement par appel à projets de plus de 60 études cliniques** avec une grande exigence méthodologique (choix privilégié de l'essai contrôlé randomisé ou ECR, puissance statistique, différence minimale cliniquement pertinente pour le patient ou MCID...) et éthique

(indépendance du Conseil scientifique et engagement contractuel à publier les résultats des études, qu'ils soient ou non favorables à la médecine thermique, et à les communiquer annuellement à l'Assurance maladie).

On comprend mal dans ce contexte que l'amendement déposé en octobre dernier dans le cadre de la discussion du PLFSS 2023, puis retiré du texte final après le recours à l'article 49.3, et qui visait à soumettre le remboursement des cures thermales à l'évaluation de leur SMR, ait suscité autant d'émoi dans la profession ?

Il ne faut pas se méprendre : la profession n'entend pas se soustraire à cette évaluation, et ce d'autant moins, qu'elle s'y prépare depuis près de 20 ans. On ne rejoue pas le « désert des Tartares » et nous serons présents si la HAS s'empare du sujet. Mais auparavant, il fallait plus de visibilité sur la temporalité et la méthodologie car l'on n'évalue pas l'intervention complexe qu'est la cure thermique comme on évalue un médicament. En outre, il y a dans ce débat, une grande confusion de plusieurs concepts. Le pouvoir politique est obnubilé par la notion d'efficacité (efficacy) **là où il devrait se préoccuper d'efficacité (efficiency) en intégrant le rapport coût-bénéfice de la cure thermique, et plus encore évaluer son effectivité (effectiveness) ou efficacité dans la « vraie vie »**, qui prend en compte la parfaite observance/compliance au traitement thermal. Enfin, une fois de plus, **on confond efficacité et utilité**. Combien de médicaments de « confort » ont une efficacité réduite mais sont d'une grande utilité, ne serait-ce que par l'évitement d'une médicalisation plus iatrogène et/ou plus coûteuse au patient et à la collectivité ? **Alors oui, évaluons la cure thermique, mais alors faisons-le plus complètement, sur des critères d'efficacité, d'efficience, d'effectivité et d'utilité.**

Le secteur reste-t-il néanmoins optimiste, est-il capable de s'adapter aux besoins en santé de nos concitoyens ?

Le récent renouvellement de la convention nationale thermique nous a permis de constater le soutien de l'Assurance maladie. Aujourd'hui, il serait **plus correct de faire référence à « l'intervention thermique »** plus qu'à la « cure thermique », tant les opérateurs thermaux ont diversifié leur offre de santé, en proposant **des prestations dans le domaine de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient (13 programmes agréés), et très prochainement de la rééducation/réadaptation**. De façon très concrète et dès cette saison, les établissements thermaux vont participer au dépistage de la fragilité auprès des curistes seniors et affirmer ainsi leur rôle d'acteurs en santé. Ces nouveaux rôles appellent à une évolution du statut juridique des établissements thermaux, à la recherche d'un statut sui generis qui les ancrera plus fermement dans le paysage sanitaire.



EN 2023, REJOIGNEZ NOUS !

Pour adhérer à l'Association
Coopération Santé, contactez :
Anne de Boismenu 06 11 70 55 03
annedeboismenu@cooperationsante.fr

tribune

La Qualité en santé

La santé ne peut être considérée exclusivement sous l'angle des dépenses sociales ou des difficultés de financement. Elle est aussi un investissement et un secteur d'activité socialement indispensable et économiquement utile et performant quand il est de qualité. Alors, sa prise en charge produit une importante valeur ajoutée et favorise la croissance et le développement des sociétés.

La qualité peut se définir comme une forme de management, s'appuyant sur une évaluation de l'existant et s'inscrivant dans le sens d'une amélioration continue. Son domaine n'a pas cessé de s'étendre, englobant désormais l'organisation et le management, la production des données et leur sécurité, le « regard patient » etc... Dès lors trois bonnes raisons justifient son rapprochement de la régulation des dépenses qui vise aussi à l'augmentation de l'efficacité du système.

La première tient à l'échec, économique et/ou politique, des instruments de logique « comptable ».

La deuxième est liée à la place prépondérante que tient la santé dans les préoccupations des Français. Sa qualité est le seul dénominateur commun entre usagers, producteurs de soins et payeurs. Elle peut donc constituer l'épine dorsale qui donne un sens et permet d'impliquer l'ensemble des acteurs autour de dispositifs partagés.

La troisième consiste à affirmer qu'une telle voie est possible à la lumière d'expériences dans d'autres secteurs qui ont développé ces démarches pour réduire les coûts de la non-qualité et obtenir un avantage concurrentiel. Ce n'est pas la vertu qui motivait leur démarche mais l'intérêt bien compris. Ces marges de non-qualité existent dans notre secteur d'activité qu'il s'agisse du taux d'inadéquation hospitalière ou de la non-pertinence des prescriptions pour ne prendre que quelques exemples grossiers. Mais si donc l'intérêt à agir existe, les incitations à le faire sont bien insuffisantes face au poids des habitudes, des corporatismes, des bureaucraties et des cloisonnements.

Renforcer vigoureusement les incitatifs financiers aujourd'hui largement virtuels ne relève pas d'un imaginaire échevelé mais paraît constituer le « fil rouge » d'une réforme acceptable par les bénéficiaires, les producteurs et les payeurs de soins.

Alain Coulomb

in

Suivez nous sur
LinkedIn

Découvrez nos actualités, nos événements
et nos soirées débat !



LES MARDIS DE
COOPERATION SANTÉ

Comment faire mieux avec moins ?

Palais du Luxembourg - Restaurant du Sénat
15 ter, rue de Vaugirard - Paris 6ème

« Toujours plus », semble la seule réponse audible
aux revendications - par ailleurs souvent
légitimes - des professionnels de santé.
Notre pari, c'est le contre-pied. Partir de l'idée
que la contrainte peut libérer la créativité et
la découverte de solutions adaptées.

7 Février 2023

L'humain au cœur du soin.

Comment ne pas réduire l'approche diagnostique et thérapeutique aux seules dimensions biotechniques et réhabiliter la dimension humaine de la relation soignant en faisant appel aussi à l'écoute, l'empathie, l'échange ?

21 Mars 2023

Comment restaurer l'attractivité des métiers de santé ?

L'origine principale des maux du système de santé réside dans la difficulté à recruter et à assurer un exercice durable dans des conditions satisfaisantes. Le déplorer c'est bien, retrouver les chemins de l'attractivité, c'est mieux. Comment ? En partant des attentes des professionnels, et en tachant d'y répondre.

18 Avril 2023

Comment décroisonner ? Une nécessité à construire.

Le décroisonnement est devenu le « mot valise » de tous les analystes. Montrons par l'exemple que c'est possible et efficace.

13 juin 2023

Retrouver du temps pour prendre soin

« On manque de temps ». Tel est désormais le leitmotiv des soignants. Mais comment retrouver du temps ? Du temps pour écouter, accompagner, aider. Bref, pour prendre soin.

26 Septembre 2023

Financement, efficacité et pérennité : un équilibre à trouver

Le financement ne pouvait échapper à notre regard disruptif : c'est fait !

28 Novembre 2023

Comment accepter l'imperfection ?

Le « risque zéro » comme le « 100% parfait » n'existent pas. Faut-il, dès lors, assurer la sécurité pour 1% des situations au risque de pénaliser les 99% restantes ? Ou vaut-il mieux accepter le principe même d'une certaine imperfection ?