



COOPÉRATION SANTÉ

Promouvoir le dialogue entre acteurs de la santé



Synthèse des Mardis de Coopération Santé en 2023

Comment faire mieux avec moins ?



Dr Claire Georges
7 février 2023



Yann Bubien
21 mars 2023



**Dr Jacques Franzoni &
David Guillet,**
18 avril 2023



Pr Claire Le Jeune,
13 juin 2023



Pr Gérard Reach,
26 septembre 2023



**Pr Christian
Saint-Étienne,**
28 novembre 2023

L'humain au cœur du soin



Par le Dr Claire Georges, responsable médicale de la PASS de l'hôpital Saint-Louis, présidente du collectif national des PASS Hôpital et présidente de l'association « L'humain au cœur du soin »

Les PASS, permanences d'accès aux soins de santé, sont considérées par certains comme des dispensaires pour les plus démunis qui n'auraient pas leur place dans l'hôpital. Elles constituent pourtant un micro-modèle de système de santé dont il serait pertinent de s'inspirer pour véritablement faire mieux avec moins. Et pour cause, elles sont à la fois des unités de pratique intégrée et des organisations de haute fiabilité (ou HRO, high-reliability organization), particulièrement à même de prendre en charge la complexité.

Une PASS dans un hôpital de pointe : le choc des cultures et des pratiques

L'alliance de la pluridisciplinarité et de l'unité de lieu permet de traiter de situations médico-sociales complexes, qui n'entrent pas dans les cases du système en silo, fragmenté et hyperspécialisé qu'est devenu l'hôpital. Or, si elle ne va plus vraiment de soi, cette approche globale est cruciale dans la pratique de la médecine. Ainsi, dans un hôpital de haute technologie comme Saint-Louis, la PASS – espace de consultation regroupant une équipe pluriprofessionnelle composée de médecins généralistes de ville, deux infirmières, deux assistantes sociales, une secrétaire, un psychologue, des internes et des externes – fait figure d'îlot de résistance.

L'évidence de l'humain

Les PASS font, au quotidien, la démonstration de la performance de l'humain face à des situations éminemment complexes (précarité, parcours de vie extrêmes, barrière de la langue, etc.). Elles représentent souvent un refuge ou un repère pour les patients aux profils très divers qu'elles reçoivent. Le lien de confiance qui s'y tisse et la considération dont ils bénéficient les incitent à revenir pour être suivis.

L'angle médical reste prioritaire. À cet égard, l'humain dans le soin est avant tout entendu au sens du professionnalisme. Pour autant, la dimension de prise en charge intégrative est indispensable.

Un observatoire privilégié

La PASS est un condensé de toutes les dimensions de la société, du micro (relation au soin) au macro (inégalités de l'accès aux soins à l'échelon mondial, conséquences des tensions géopolitiques, etc.). Du même coup, y travailler est éminemment difficile, mais tout aussi passionnant. De surcroît, le fait de travailler à plusieurs permet de partager les difficultés, les impuissances, mais aussi les joies.

Cet observatoire mérite à son tour d'être observé, comme il l'a été par la Cellule Qualité de vie au travail de l'AP-HP. La quasi-totalité des scores étaient très élevés. Le seul moins bon score obtenu par la PASS au cours de cette étude concernait l'application systématique des normes – ce qui était plutôt rassurant ! De fait, pouvoir sor-

tir du cadre (tout en restant dans l'institution) est un facteur de qualité de vie au travail. Le Dr Bertrand Galichon parle d'ailleurs d'éthique de la transgression.

Une innovation organisationnelle

Force est de constater que dans un monde volatil, incertain, complexe et ambigu, un système hospitalier formaté pour des situations préétablies n'est plus pertinent. L'autonomie, la responsabilisation et la confiance dans les équipes sont de puissants leviers d'amélioration du fonctionnement du système de santé. La crise Covid l'a prouvé, de façon conjoncturelle. À la PASS, c'est la façon structurelle de procéder, avec des modalités d'organisation qui correspondent au besoin de sur-mesure et de médecine personnalisée – donc globale.

Cette approche intégrative est ce qui caractérise les organisations de haute fiabilité.



Observons les PASS et
inspirons-nous d'elles !

La juste utilisation de ressources limitées

Il y a quelques années, le Dr Claire Georges avait dirigé un ouvrage collectif « Soigner (l')humain, manifeste pour un juste soin au juste coût » publié aux Presses de l'EHESP. Même qu'il ne s'agit pas de défendre qu'il faut moins, l'expérience des PASS montre qu'il est possible d'allier pertinence et efficacité, de faire mieux avec des modèles d'organisation plus adaptés, faisant une large place à la confiance en l'humain.

La PASS dispose d'un budget global. Ce mode de financement s'avère mieux adapté aux situations hors cadre et requérant une approche globale que la T2A, laquelle se traduit bien souvent par une « déséconomie » d'échelle. Pour autant, ce budget est très restreint, ce qui impose de concilier en permanence le coût de certains traitements, leur pertinence, l'équité de l'accès aux soins et la durabilité du système.

Le juste soin au juste coût, c'est un micro-modèle de système de santé

La PASS apporte une réponse aux grands enjeux actuels auxquels fait face le système de santé.

- Attractivité, épanouissement professionnel et sens du travail

En dépit de préjugés persistants, le fonctionnement de la PASS est attractif. En témoignent l'ancienneté d'une partie de l'équipe, la volonté farouche de certains internes d'y travailler ou les distances parcourues par les médecins attachés à la PASS, pour une rémunération plus que modique (50 € par demi-journée). Tous affirment y retrouver le sens du soin et de la médecine.

Un tel dispositif offre aussi la possibilité de don-

ner la pleine mesure de ses capacités et de faire preuve de créativité et d'inventivité pour résoudre, à plusieurs, des situations difficiles – ce qui n'est pas le cas d'une médecine faite d'algorithmes, de procédures et de normes. En l'occurrence, ingéniosité individuelle et collaboration sont deux dimensions du concept de « travail vivant » développé par le psychodynamicien du travail Christophe Dejours. Cette démarche collaborative et systémique rejoint aussi la réalité du corps humain, qui se caractérise par des interactions complexes non réductibles à des entités séparées.

- Performance et efficacité

Le bon soin est aussi simple qu'un regard empreint de respect et de considération. Si un regard rejetant est une douleur, un accueil humain est antalgique. En somme, la PASS est l'incarnation de la « performance humaine » dans l'efficacité du soin.

La performance médico-économique du modèle des PASS est évidente, même si elle est difficilement mesurable et démontrable. Et pour cause, on ne peut pas quantifier ce qui est inestimable.

- Coordination ville/hôpital et désengorgement des urgences

Dans son article « The strategy that will fix healthcare », paru dans Harvard Business Review en octobre 2013, Michael Porter estime que le premier levier pour réparer le système de santé sont les unités de pratique intégrée. En l'occurrence, la PASS est une unité de pratique intégrée de soins primaires ville/hôpital.

Les PASS pourraient aussi être une alternative aux urgences, parce qu'elles sont mieux adaptées à la prise en charge des situations médico-sociales complexes qui contribuent à « engorger » les services d'urgence. Dans cette optique, il serait intéressant de distinguer les patients qui relèvent véritablement des services d'urgences des patients « PASSables ».

- L'humain au cœur du soin

Disposer de ressources limitées impose de réfléchir, et de le faire d'une façon aussi élargie que possible, en intégrant toutes les composantes de l'hôpital. La notion d'innovation frugale prend alors tout son sens.

Capacité d'adaptation, intelligence pratique, interrelations, discernement... : les ressources humaines du système de santé sont un trésor insuffisamment et mal utilisé. L'exemple de la PASS montre à quel point la valorisation de l'humain est clé, pour le système de santé et, au-delà, pour toute la société.

Synthèse rédigée par Voyelles Rédaction
www.voyelles.net

Comment restaurer l'attractivité des métiers de la santé ?



Par Yann Bubien, Directeur général du CHU de Bordeaux

La difficulté à attirer et fidéliser du personnel n'est pas propre à la France, où elle est peut-être même moins marquée qu'ailleurs. Elle concerne l'ensemble du monde occidental, et le système de soins dans sa globalité. Il est donc essentiel de travailler collectivement à sa résolution.

Cinq grands axes de travail s'avèrent incontournables :

- la santé globale, ou « One Health » (santé humaine, animale, sociale, environnementale) ;
- le maillage territorial et la gradation des soins, avec la lutte contre les déserts médicaux et l'entree en vigueur de la loi Rist ;
- la révolution numérique, avec l'intelligence artificielle et le metavers ;
- la transition écologique, pour laquelle l'incidence de la santé est réelle comme le montre le récent rapport du Shift Project ;
- le recrutement, avec le défi de l'attractivité et de la fidélisation des talents.

Une transformation du rapport individuel au travail est à l'œuvre...

La récente enquête Ifop sur le climat social montre que 54 % des Français interrogés perçoivent le travail comme une contrainte et non plus comme une source de panouissement et que 24 % le considèrent comme très important dans la vie (contre 60 % en 1990). Le corollaire de cette perte de la valeur travail est un phénomène de « grande démission » : un nombre croissant de salariés quittent l'entreprise, et l'hôpital n'y échappe pas. Au CHU de Bordeaux, un point de rupture s'est observé à compter de l'été 2021, lorsque les salariés se sont interrogés sur les modalités et sur le sens de leur travail après un an de pandémie et de confinements.

Dans ce contexte, il devient particulièrement difficile de recruter dans les métiers à forte contrainte, nombreux au sein d'un hôpital qui fonctionne 24/24 heures et 7/7 jours et dont les activités ne sont pas télétravaillables. Ainsi, les services de consultation, d'hôpital de jour ou de semaine s'avèrent bien plus attractifs que les urgences ou les postes de nuit.

...qui se traduit par des difficultés à recruter dans les métiers à forte contrainte

Une enquête conduite en décembre 2022 auprès de 1 000 établissements de santé publics et privés y recense 2 200 démissions dont 1 300 infirmiers, 500 aides-soignants et 300 médecins, 30 % de postes de praticien hospitalier titulaires, 5 % des postes d'infirmier et 3 % de postes d'aide-soignant vacants – soit un total de 20 000 postes, dont des postes de nuit (alors que ces postes suscitaient de l'intérêt par le passé). Entre 5 et 20 % des lits hospitaliers sont fermés, faute de soignants, se traduisant par un retard de soins de près de 20 semaines en chirurgie et en médecine, et par un déficit de

500 M€ un an pour les 32 CHU français. Cette situation devrait encore s'aggraver, puisqu'on estime que d'ici quatre ans, 25 000 postes paramédicaux ne seront pas pourvus dans les hôpitaux publics et 100 000 nouveaux professionnels seront nécessaires au bon fonctionnement des établissements médico-sociaux. S'y ajoutent la fin du « quoi qu'il en coûte » et le retour de l'inflation, avec d'importantes conséquences pour les capacités financières et d'investissement.

Si l'abandon en cours de route des études médicales et paramédicales est souvent pointé du doigt, ce phénomène n'est pas nouveau – même si la donne a changé avec Parcoursup, qui impose parfois aux jeunes bacheliers d'aller vivre loin de chez leurs parents et engendre, du même coup, une précarité étudiante. En tout état de cause, le véritable enjeu est celui de l'attractivité des métiers du soin et de la fidélisation des professionnels de santé.

Pour fonctionner et attirer dans tous ses métiers, le système de santé a besoin que chacun fasse son métier, à sa place, comme autant de maillons de la chaîne.

Il est urgent de réagir, avec pragmatisme et dans le respect du cadre légal et statutaire.

Beaucoup a été fait, notamment avec le Ségur de la santé qui s'est traduit par des augmentations inédites des rémunérations ayant bénéficié à 1,5 million de professionnels dont 100 000 médecins et 140 000 internes. La seule exception, éminemment regrettable, est le travail de nuit qui reste majoré de 1,07 euro brut par heure depuis 20 ans.

Toutefois, force est de constater que le Ségur n'a pas suffi à enrayer les démissions massives. Si le mouvement a des qualités, notamment celle de créer un système de santé moins figé, le changement est pour le moins brutal et met en difficulté la permanence des soins !

Outre les revalorisations salariales, plusieurs mesures pour faire mieux avec moins, comme le raccourcissement ou la suppression de la stagiaires et l'accélération de la CDIisation. Mais nombre de professionnels ne demandent plus à être titularisés ou à avoir un CDI. La formation professionnelle a également été renforcée (+36 % au CHU de Bordeaux) et les allocations d'études.

Il reste beaucoup à faire, pour améliorer la communication et l'image des établissements de santé, l'exemplarité en matière de transition écologique, l'accueil et l'accompagnement au long de la carrière, la baisse des irritants au quotidien, mais aussi et surtout les conditions de travail (pools de remplacement, doublure systématique des infirmiers

qui font du tutorat, passage aux 12 heures, conditions immobilières). De la même façon, loin d'être une « tarte à la crème », la qualité de vie au travail devient un impératif. Dans cette optique et pour lutter contre l'absentéisme, le CHU de Bordeaux a passé dès 2018 un partenariat avec CDC-Habitat pour loger 200 familles et ouvrir de nouvelles places de crèche, dans l'objectif de répondre à 100 % des demandes d'ici cinq ans.

Il existe, malgré tout, des raisons d'espérer !

Un important travail doit porter sur le travail de nuit, de week-end et les jours fériés. C'est même la base, dès lors que ces contraintes sont moins facilement acceptées par les personnels.

L'autre problématique est celle de la temporalité : en santé, les besoins sont immédiats mais les formations initiales sont longues (3 ans pour un infirmier, 4 ans pour un infirmier de bloc opératoire, 5 ans pour un infirmier anesthésiste et 10 à 15 ans pour un médecin).

Pour autant, plusieurs leviers permettent de renforcer l'attractivité des métiers de la santé sont :

- la prise en compte de l'équilibre vie professionnelle/vie privée,
- l'allègement des lourdeurs administratives et organisationnelles,
- la rémunération (même si les hôpitaux ont peu de marge de manœuvre en la matière),
- la QVT et les conditions de travail de l'accueil jusqu'au départ, y compris la formation à un management respectueux et bienveillant et l'élaboration des plannings en tenant davantage compte des attentes des uns et des autres,
- la formation continue, l'évaluation et la mobilité,
- les outils numériques et l'IA (sous réserve de s'y former pour en avoir la maîtrise au lieu de la laisser aux ingénieurs, aux informaticiens et aux financiers),
- une communication positive et valorisante.

Par ailleurs, la loi Rist devrait mettre un terme aux dérives de l'intérim et au mercenariat, devenu inacceptable et intenable socialement. Il conviendra, toutefois, de rester vigilant quant à ses potentiels effets collatéraux sur l'organisation territoriale de la santé.

Les partenariats avec les patients et les experts en général peuvent aussi s'avérer fructueux. Conscient de cet enjeu, le CHU de Bordeaux est d'ailleurs le premier – et le seul – à compter une représentante des patients dans son directoire.

Autre raison d'espérer, et non des moindres, toutes les études montrent que les moins de 25 ans sont plus que jamais motivés par l'intérêt général, le service public et les métiers porteurs de sens.

Comment décloisonner ? Une nécessité à reconstruire



Par le Dr Jacques Franzoni, médecin généraliste à Raismes (59) et président de la CTPS Grand Valenciennes & David Guillet, infirmier à Cossé-le-Vivien (53) et président de la fédération des CPTS

Les CPTS, communautés professionnelles territoriales de santé favorisent l'innovation de terrain. En transgressant les cadres réglementaires et les silos, leur ambition est claire : faire en sorte que « faire plus avec moins » ne soit plus synonyme de faire plus de dépenses avec moins de professionnels et de résultats.

Transversalité, échanges et coconstruction sont les maîtres mots de cette démarche enthousiaste et dynamique d'intelligence collective, portée au plus près des citoyens et des patients.

Du « tout structure » à la coopération territoriale

Depuis les lois Debré de 1958, le système de santé était fléché vers les structures et il aura fallu attendre 60 ans pour proposer des financements aux soins primaires, d'abord au travers des Maisons de santé pluridisciplinaires.

La véritable rampe de lancement des CPTS a ensuite été le discours du président de la République du 18 septembre 2018 et l'annonce du dispositif « Ma Santé 2022 », qui permet à tout territoire de porter un projet sous l'égide d'une association loi 1901. En 2020, la crise sanitaire a confirmé que la bonne échelle était celle de la coopération territoriale.

non de réussite des CPTS, car elle seule permet une véritable prise en compte des spécificités de chaque territoire.

L'autre condition sine qua non de succès est la priorité donnée au lien humain : entre les porteurs de projets, les professionnels de santé, la ville et l'hôpital, et avec les patients.

Le vrai décloisonnement, le vrai gain de productivité et le vrai gain financier existeront quand le virage ambulatoire et domiciliaire aura été décidé, avec une coopération fine entre les structures et la ville et la fin des corporatismes. Penser la structuration de l'amont et l'aval permettra d'éviter que l'hôpital soit le lieu de tous les impossibles.

La révolution de la mutualisation des moyens à l'échelle du territoire, au service des patients

La crise du covid-19 a montré l'envie et le besoin de travailler ensemble. En l'occurrence, l'exemple de la CTPS Grand Valenciennes montre que le décloisonnement n'est pas un vœu pieux et porte de beaux fruits. Cette structure, co-présidée par une pharmacienne et un médecin, est très attachée à la mixité et aux échanges en partant du principe que dans la pratique, les professionnels de santé soignent les mêmes patients.

Le décloisonnement couvre plusieurs champs, dont la formation, le parcours de soins ville-hôpital (l'hospitalisation n'étant qu'un épisode, qui doit être aussi court que possible) et l'information, au travers de l'espace santé, socle incontournable des échanges entre professionnels. Même si les logiciels ne communiquent toujours pas, le travail de toute la communauté de soins d'un territoire permet de faciliter les prises en charge précoces et la prévention.

On fait mieux avec moins quand on se parle et qu'on mutualise les moyens.

La CTPS Grand Valenciennes s'est mise en place en associant pleinement l'hôpital. De fait, il s'agissait non seulement de faire tomber les barrières entre les disciplines, mais aussi de les abolir entre la ville et l'hôpital. Durant la crise sanitaire, par exemple, les centres de vaccination regroupaient des praticiens hospitaliers, des infirmiers, des pharmaciens et des médecins de ville.

Grâce à la CTPS, ce territoire qui a perdu 22 % de médecins généralistes et 60 % de cardiologues ou encore 30 % d'ophtalmologues entre 2018 et 2022 a réussi à faire mieux avec moins. L'intelligence collective et locale a ainsi conduit à organi-

ser un « aller vers » à partir de la cartographie de la consommation de soin des patients du territoire atteints de diabète : la CPAM forme des ambassadeurs pour diffuser l'information dans les villes les plus éloignées du soin, et des cardiologues hospitaliers viennent consulter dans les cabinets de médecine générale. Cette maille fine est le gage d'une action efficace sur les déterminants de santé.

À ce stade, près de 100 % des pharmaciens du territoire sont adhérents à la CPTS, contre 30 % des médecins. Une grande opération de porte-à-porte a donc été organisée dans la perspective de réunions visant à rassembler les généralistes puis les spécialistes de l'hôpital, afin d'entendre leurs attentes et d'identifier les éventuels quiproquos pour les résoudre et accroître le nombre d'adhésions.

Les CPTS sont le creuset du changement, des innovations et des coopérations en santé, et le socle de l'intelligence collective au service des usagers. Elles sont aussi un puissant levier de l'indispensable acculturation de tous les acteurs au travail collectif, laquelle a déjà commencé.

Et demain ?

Déconstruire les schémas mentaux s'avère indispensable pour reconstruire, dans l'intérêt réciproque de tous. La mission d'innovation des CPTS consiste donc aussi à ancrer de nouveaux modes de fonctionnement, qui vont de pair avec de nouveaux modes de rémunération et de financement.

Pour résoudre la crise actuelle, trois niveaux de réorganisation doivent impérativement être articulés au profit de l'intelligence collective et d'une transformation globale du système de santé :

- la labellisation des hôpitaux locaux, clé de la coopération ville/structures à l'échelle territoriale ;
- la transformation des services d'urgence en lieux d'accueil et d'orientation ;
- la mixité des rémunérations, y compris en associant les patients et les usagers, voire en envisageant la rémunération des aidants ;
- le développement de nouveaux métiers, notamment de communication et de coordination.

Le renforcement du rôle des Conseils territoriaux de santé, avec une réelle autonomie décisionnelle et financière, est également à souhaiter pour dépasser la bonne conscience en démocratie sanitaire.

Synthèse rédigée par Voyelles Rédaction
www.voyelles.net



Agir communément et dans la même direction, mais pas de la même manière

S'il y a tout lieu de se féliciter que les CPTS soient en pleine crise de croissance, la plus grande vigilance est de mise pour ne pas trop les charger, au risque de les déséquilibrer. Certes la seule issue à la crise est une réorganisation de la santé. Pour autant, il faut se garder de tout attendre des CPTS, créées pour favoriser la coopération interprofessionnelle - médicale, sanitaire, sociale, médico-sociale et politique - à l'échelle d'un territoire et créer une dynamique d'attractivité. À cet égard, la liberté organisationnelle est l'une des conditions sine qua

Retrouver du temps pour prendre soin



Par le Pr Claire Le Junne, ex-chef de service de médecine interne à l'hôpital Cochin et professeur émérite de l'université Paris Cité

Souvent appréhendé comme le temps passé au chevet du patient, le soin à l'hôpital est aussi constitué de tous les à-côtés qui font la vie d'un service et dont le patient n'a pas conscience, alors même qu'il y est question de lui. Quoi qu'il en soit, ces différents temps sont de plus en plus comptés.

Tout le monde est pressé, tout le temps !

Un changement complet de paradigme

La réglementation européenne fixe à huit demi-journées par semaine le temps de présence des internes dans les services. Le reste du temps est consacré à la formation et, le cas échéant, aux gardes d'urgence – et aux récupérations obligatoires les lendemains de garde. Avec les périodes minimales de repos et une durée de travail limitée à 48 heures hebdomadaires, les internes ne disposent que de 24 heures par semaine dans leur service. De façon inédite, un des internes d'un service a ainsi arrêté de travailler dès le jeudi au motif qu'il avait atteint la limite hebdomadaire de 48 heures.

Du fait de ces contraintes et de ce véritable changement de paradigme – qui concerne la société tout entière –, les modèles d'organisation ont largement changé. En effet, alors que nombre de services faisaient reposer les soins sur les internes, cette charge pèse désormais sur les chefs de clinique. Ceux-ci étant également censés faire de la recherche et encadrer les étudiants, ils courent en permanence après le temps.

Il y a vingt ans, quand nous étions internes, nous travaillions le samedi et le lendemain des gardes, et nous étions heureux !

Aujourd'hui, les internes travaillent moins, mais sont aussi moins heureux.

Le temps accéléré d'un service de médecine interne

La médecine interne est une discipline peu valorisée par l'administration dans la mesure où elle ne produit pas d'actes et n'est donc pas très rentable au regard de la T2A. La seule reconnaissance vient du fait que les services de médecine interne sont les plus gros services d'aval d'urgence. Or être un service d'aval d'urgence, c'est courir après le temps et composer avec les paradoxes.

Libérer et remplir des lits

Le service de médecine interne est toujours plein. Il serait d'ailleurs mal vu s'il affichait un taux d'occupation des lits inférieur à 95 %. Mais, en tant que premier aval des urgences et de la réanimation et,

selon les hôpitaux, d'autres services, il doit aussi constamment libérer des lits en faisant sortir rapidement les patients.

Nous sommes submergés d'appels et chaque jour, une personne se voit confier un téléphone dédié à l'admission des patients dans le service. Dès que ce téléphone sonne, c'est autant de temps qui n'est pas passé au chevet du patient.

Faire le plus vite possible

Souvent, les patients eux-mêmes sont désireux de quitter l'hôpital sans tarder. Cela impose de demander des examens complémentaires le plus vite possible, sans obtenir de rendez-vous avant plusieurs semaines. Les médecins du service de médecine interne sont donc systématiquement contraints d'aller négocier avec les radiologues pour expliquer l'urgence de la demande. Or tous les services ont besoin de scanners et de radios, et contrairement à certains services privés dans lesquels ces équipements fonctionnent 24/24h, l'assistance publique est en garde à partir de 18 heures et il n'est plus possible d'effectuer ce qui n'a pas pu l'être dans la journée.

Accorder du temps aux familles

Les familles, et c'est bien compréhensible, sont la plupart du temps très présentes et attendent qu'on leur consacre un temps important.

Gérer toutes les autres urgences

À ces nombreuses sources de stress quotidiennes s'ajoutent les urgences imprévues, comme la nécessité d'isoler un patient porteur d'un bacille résistant ou multirésistant alors que la plupart des chambres sont prévues pour deux patients, ou encore les formations à suivre pour telle ou telle certification.

Ce quotidien extrêmement chronophage nous mange ! Il ne permet pas de se poser et de prendre du temps aux côtés du patient, lequel n'attend pourtant que cela.

Cette accélération des temps se double du découragement de certains étudiants en médecine, et d'un mal-être croissant. Prendre en charge les externes et inculquer l'envie de le faire aux enseignants s'avère particulièrement compliqué alors que les réformes des études de médecine tombent en rafale.

Retrouver du temps pour prendre soin : pistes de réflexion

Favoriser le travail d'équipe

Le premier levier est le travail d'équipe et la capacité à déléguer, afin que chacun puisse prendre le temps précieux pour s'occuper à la fois des patients et des étudiants – car le serment d'Hippocrate nous impose aussi de rendre aux enfants de nos maîtres l'instruction qu'ils nous ont donnée.

S'occuper des étudiants, c'est aussi s'occuper des futurs patients.

Revaloriser l'acte intellectuel

La médecine interne est une discipline intellectuelle. Alors que la T2A est centrée sur le geste technique et les thérapeutiques coûteuses, l'acte intellectuel mérite d'être reconnu.

Ce n'est pas le geste technique qui prend en charge le patient.

Pratiquer la médecine narrative, ou « centrée patient »

Une autre piste consiste à s'inspirer de la médecine narrative. Ce courant de pensée, fondé par la professeure de médecine clinique et docteure en littérature anglaise Rita Charon, prône l'écoute des patients pour interpréter leur maladie à la lueur de leur discours sur leur histoire de vie. Prendre le temps de le faire est un gain pour la suite.

« Les études montrent que 50 % des diagnostics peuvent être posés grâce à une bonne écoute et un bon examen du patient. En outre, si le patient est au centre des soins, il les accepte mieux. »

La médecine narrative permet aussi de renouer avec le compagnonnage au lit du patient, alors que le temps est de plus en plus mangé par les écrans.

« Le chemin vers une médecine plus humanisée sera long, mais il est indispensable. Cette évolution passera par le développement de la médecine narrative et de l'éducation thérapeutique du patient. »

Plus globalement, au-delà du dialogue avec le patient, l'approche narrative mérite de se déployer à toute l'organisation.

En somme, alors que tout s'accélère, il faut appuyer sur le frein et prendre le temps de réfléchir à la façon de réinventer le système – y compris en recueillant l'avis du terrain.

Comment accepter l'imperfection en médecine



Crédit photo Cybèle Desarnauts

Par le Pr Gérard Reach, diabétologue, professeur émérite à l'Université Sorbonne Paris Nord et membre de l'Académie de médecine. Auteur de *Pour une médecine humaine, étude philosophique d'une rencontre*, aux éditions Hermann (2022)

J'annonce d'emblée que je ferai ici l'éloge de l'imperfection !

Je commencerai par établir un parallèle avec la musique, car tout comme elle, le soin est une activité d'interprétation. S'il n'existe pas d'interprétation parfaite d'une œuvre musicale, l'on peut toutefois s'approcher d'une interprétation meilleure, au prix d'un travail acharné et humble visant à se mettre au service de la partition et à en comprendre toutes les subtilités. La relation de soin aussi est une interprétation – de la raison de la consultation, de la personne qui vient consulter, mais aussi du médecin lui-même. C'est d'ailleurs seulement quand elle cherche à comprendre cette rencontre que la médecine peut devenir humaine.

La comparaison avec la musique atteint toutefois une limite : si le pianiste interprète un texte achevé qui lui est extérieur et qu'il considère comme parfait, le médecin écrit la partition avec le patient. Loin d'être achevée, celle-ci part d'une feuille blanche et est en perpétuelle composition. Qui plus est, ses auteurs que sont le médecin et le patient sont tous deux des êtres imparfaits. C'est la raison pour laquelle l'imperfection est inévitable.

« Faisons l'éloge de l'imperfection, car elle impose au médecin un devoir de perfectionnement. Cette position est profondément optimiste, puisqu'elle suppose que l'amélioration est possible. »

En quoi les protagonistes du soin sont-ils imparfaits ?

Avant toute chose, il est essentiel de se défaire de deux abus de langage pour parler de quelqu'un souffrant d'une maladie. Parler de « patient », au sens de Descartes, revient à le considérer comme passif, par opposition à l'agent que serait le médecin. Quant à parler de « malade », cela revient à résumer un individu à sa maladie. Au-delà de la sémantique, le choix de l'utilisation du mot « personne » impose de s'interroger sur ce qu'est une personne, laquelle interrogation conduit à la notion d'imperfection.

L'imperfection de la pensée rationnelle

L'être humain est présenté comme homo sapiens sapiens, un être non seulement doué de raison mais aussi de réflexivité, c'est-à-dire capable de réfléchir à ses propres raisonnements. Pourtant, nous ne faisons pas toujours ce que notre raison nous dicte de faire, et nous faisons même des choses qu'elle nous dit de ne pas faire. Il nous arrive aussi de croire à des fake news.

En outre, en tant qu'homo economicus, nous viserions à optimiser nos gains en nous livrant, pour chaque choix, à un calcul d'utilité – en multipliant la valeur des conséquences possibles par la probabilité de survenue. Mais l'économie comportementale moderne montre que nous sommes incapables de

nous livrer à de tels calculs, car nous sommes sujets à des biais cognitifs. Ainsi, nous avons tendance à donner la priorité au présent et à préférer une petite récompense proche à une grande récompense lointaine. Nous avons également recours à des heuristiques, c'est-à-dire des raccourcis de pensée face à un problème complexe.

Enfin, l'être humain est sensible à ses émotions. Les théories philosophiques de l'action mettent d'ailleurs l'emphase sur les désirs et les croyances.

En somme, les mécanismes de la rationalité portent en germe la possibilité de l'irrationalité

La nécessaire – et louable – imperfection de la relation de soin.

Si les personnes qui ont une maladie sont des êtres doués à la fois de rationalité et d'irrationalité, ayant recours aux heuristiques et sujets aux émotions, tel est également le cas des médecins. C'est ce qu'oublie la conception d'une médecine parfaite, qui n'est qu'une illusion.

En considérant que les médecins devraient toujours se comporter de manière objective, on leur fait perdre leur statut de sujet. Or il est évident qu'ils ressentent des émotions. Ainsi, parmi les raisons de prescrire un traitement, se trouvent souvent la peur des complications de la maladie ou l'intuition.

En quoi peut consister le perfectionnement de la médecine ?

En devenant science, la médecine a oublié qu'elle était aussi un art : celui de la rencontre et de la conversation entre deux personnes, un soigné et un soignant.

La médecine est devenue froide à cause de ses succès, qu'il convient évidemment de louer, démontrés dans les études cliniques de l'evidence-based medicine. Or dans cette entreprise positiviste s'il en est, nulle place n'est faite aux émotions. Ainsi, même si ses fondateurs eux-mêmes considéraient que la décision médicale repose sur le triangle « science-préférences des patients-expérience du médecin », le triomphe de la science a fait oublier les deux autres côtés du triangle.

Au total, l'illusion d'une médecine parfaite, efficace et prouvée, mais qui semble oublier la personne – à la fois celle qui a une maladie et le médecin – a pour conséquences la non-observance et l'inertie clinique (le fait de ne pas appliquer une recommandation pourtant jugée pertinente).

Redonner leur place aux humanités

La science ne règle pas tout, notamment pas la détresse d'une personne qui souffre d'une ma-

ladie chronique. Il est donc possible de faire radicalement mieux à condition de changer de paradigme, en acceptant que la médecine n'est pas une affaire abstraite, mais qu'elle met en jeu des êtres concrets, humains, imparfaits. Pour citer Sir William Osler, médecin canadien, ne demandons pas quelle maladie a la personne, mais quelle personne a la maladie.

En l'occurrence, s'il est indispensable de reconnaître la personne dans l'être malade, il faut aussi reconnaître la personne dans le médecin qui soigne. En d'autres termes, il importe de reconnaître l'imperfection plutôt que de chercher à la gérer.

Accepter l'imperfection

La reconnaissance et l'analyse de l'imperfection ouvrent des pistes de perfectionnement :

- reconnaître la personne tant dans l'être qui souffre que dans celui qui soigne ;
- comprendre ce qui fait qu'un être est une personne par une analyse minutieuse du fonctionnement mental ;
- comprendre qu'une médecine humaine peut être assimilée, d'un point de vue phénoménologique, à une rencontre.

La seule attitude valable est la compréhension.

Suivre ces pistes ne va pas de soi, mais c'est une nécessité si l'on désire que deux êtres dont la pensée est imparfaite puissent penser ensemble, pour que leur relation soit la moins imparfaite possible.

Ne plus soigner des maladies, mais des personnes

Pour accomplir ce changement de paradigme, il est incontournable de revoir radicalement la manière d'enseigner la médecine, pour faire enfin comprendre que l'on ne soigne pas des maladies mais des personnes. Enseigner la médecine comme une science et un art à la fois, c'est aussi donner les moyens d'apprendre à aimer son métier.

« Le sujet n'est pas « compliqué », mais infiniment complexe. Il s'agit donc de réfléchir en termes de pensée complexe des deux protagonistes du soin : le soigné mais aussi le soignant. »

Il faut aussi ouvrir l'esprit des futurs médecins à la médecine de la personne, ce qui représente un changement de paradigme

Un autre système de santé est-il possible ?



Par le Christian Saint-Étienne, professeur émérite de la chaire Jean-Baptiste Say d'économie industrielle, au Cnam

Le sujet de la réforme du système de santé suscite de nombreuses polémiques. Dans ce secteur, chaque problème est systématiquement résumé à « pas assez d'argent, pas assez de moyens, pas assez de personnels ». Pour autant, aucune véritable restructuration ou transformation n'est jamais engagée pour essayer de mieux fonctionner.

Quelques données chiffrées

En 2022, les dépenses courantes de santé de la France se sont établies à 314 milliards d'euros, soit 11,9 % du PIB. Au sein de cet ensemble, les soins courants représentent 162 milliards, les biens médicaux 60 milliards et les services auxiliaires 14 milliards. Les autres dépenses concernent la gouvernance, la prévention institutionnelle ou encore les soins de longue durée pour 78 milliards d'euros. Aux États-Unis, où le système de santé est à coup sûr le moins rationnel et où la population est protégée à 85 %, les dépenses courantes de santé 2022 ont représenté 18,2 % du PIB.

Le besoin d'une réflexion stratégique de long terme

En France, c'est surtout le système hospitalier au sens large – hôpitaux, maisons de santé – qui dysfonctionne.

Une politique de santé inadaptée

La France dépense trop peu en médecine préventive. Même si la part de ces dépenses est passée de 1 à 3 %, elle est de 8 à 10 % dans les pays où le système de santé est efficace. Par ailleurs, la politique de santé s'est traduite par l'effondrement de la production pharmaceutique. Alors que la France était la première puissance pharmaceutique il y a encore 20 ans, elle se situe entre la quatrième et la cinquième place, derrière l'Italie. Cela s'explique notamment par le fait que la politique du prix du médicament a été pensée comme une variable d'ajustement du système de santé, sans anticipation des conséquences pour le système de production.

L'importance d'une réflexion stratégique globale

L'exemple de la transition écologique fait ressortir des dysfonctionnements de même nature que dans le système de santé : en l'occurrence, un problème global d'action politique par manque de réflexion stratégique de long terme et de prise en compte des conséquences des décisions prises. Dans ce domaine, en effet, la plupart des pays européens raisonnent par réglementation et par obligations, sans s'intéresser à l'investissement. Or aujourd'hui, les systèmes clés qui permettront

de développer la production d'énergies renouvelables sont produits en Chine – avec de l'électricité au charbon et des subventions massives de l'État. Ainsi, si des obligations de résultat ont été fixées, c'est surtout un « By China Act » qui a été instauré. Une réflexion stratégique globale fondée sur l'offre et les investissements s'avère indispensable, à l'heure où la France s'apprête à dépenser 60 milliards d'euros par an.



Personne n'est aux commandes !

Vers un autre système de santé : proposition de pistes de réflexion

S'appuyer sur les bassins de vie

La France compte un peu moins de 300 communautés de communes, qui regroupent près de 70 % de la population, et 1 200 intercommunalités couvrant la totalité des habitants. Au-delà de ces niveaux administratifs, l'Insee recourt à la notion, très intéressante sur le plan de la planification stratégique, de bassin de vie – lequel se définit comme le territoire dans lequel plus de 80 % de la population travaille, se loge, se soigne, s'éduque et effectue des activités culturelles et sportives. Or à 99 %, les intercommunalités correspondent aux bassins de vie.

« Nous avons une mine d'or sous nos pieds : les bassins de vie. »

Le premier élément de la réforme du système de santé serait un travail à partir des bassins de vie. Ce faisant, les territoires auraient un rôle clé à jouer : le patron ne serait plus le ministère de la santé, mais l'exécutif local. Celui-ci serait notamment impliqué dans la définition des besoins, en lien avec les CPAM. Par ailleurs, chaque bassin de vie élaborerait un plan d'orientation stratégique à six ans, renouvelé tous les trois ans. Une consolidation par les départements serait gage de cohérence.

Construire un système à trois niveaux, pour la prévention, la santé au quotidien et la recherche

Il existe aujourd'hui 2 000 maisons de santé sur le territoire national. L'objectif serait de passer à 5 000, avec une dizaine de médecins et une quinzaine de personnels infirmiers – habilités à faire plus d'actes qu'aujourd'hui – par maison.

« Quel que soit l'instrument, l'objectif est de développer massivement la prévention. »

Selon sa taille, chaque bassin de vie accueillerait une ou plusieurs maisons de santé, et tous les Français seraient alors rattachés à l'une d'entre elles. Les enfants seraient suivis une fois par an jusqu'à l'adolescence, puis les jeunes adultes le seraient tous les

deux ou trois ans jusqu'à l'âge de 20 ans. Ensuite, des contrôles seraient effectués tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 75 ans. Ce suivi régulier apporterait de précieuses informations sur l'état de santé générale de la population, y compris psychique, mais aussi sur la consommation de drogues par exemple.

Par ailleurs, le nombre des structures hospitalières actuelles (hôpitaux et cliniques) pourrait progressivement passer de 2 700 à 300. Une partie de leur personnel pourrait alors être réallouée aux maisons de santé, qui bénéficieraient d'équipements sophistiqués pour effectuer les analyses de premier niveau, tandis que les structures hospitalières traiteraient les cas plus compliqués. Les 5 000 maisons de santé et les 300 structures hospitalières seraient en liaison totale et immédiate.

Enfin, parmi ces 300 structures, 10 à 30 deviendraient des hôpitaux de recherche sur l'évolution des nouvelles maladies, avec l'ambition de retrouver une médecine française d'excellence mondiale. S'agissant de leur mode de rémunération, les médecins pourraient choisir entre le salariat, l'indépendance ou un modèle mixte.

Reconstruire une industrie pharmaceutique puissante

Face aux mutations du monde, à commencer par la révolution industrielle de l'informatique, l'industrie pharmaceutique ne doit pas non plus être exempte d'objectif stratégique, d'autant que la santé figure parmi les six domaines de souveraineté absolue. Il convient, notamment, de revoir la politique de paiement des médicaments, même si la piste d'un prix plus élevé pour les médicaments produits sur le territoire national est encore taboue.

En résumé, un autre système de santé est possible et doit se caractériser par :

- un meilleur suivi de la santé sur le terrain ;
- un système intégré et efficace de soin ;
- une recherche de pointe au plan mondial.

En renforçant la responsabilisation des professionnels de santé et des patients, un tel système serait source à la fois de fierté et d'indépendance nationale. Qui plus est, la seule hiérarchisation serait désormais celle des compétences et de la gravité des maladies.

Ces pistes, envisagées par plusieurs groupes de travail, doivent être appréhendées non pas comme une révolution ou comme la fin d'un système, mais comme un changement du mode de fonctionnement. En outre, cette évolution serait nécessairement progressive, par un système d'expérimentation et de généralisation.

De l'efficience avant toute chose...



« **Faire mieux avec moins** » : notre fil rouge de l'année dernière reste malheureusement d'actualité tant les contraintes financières pèsent sur notre système de santé. Le ministre de l'Économie Bruno Le Maire n'a-t-il pas à maintes reprises en 2023 signifié officiellement la fin du « quoi qu'il en coûte » ?

Dans ces conditions, plus que jamais la notion d'efficience doit être au cœur des politiques publiques. Et cela commence par une évaluation sérieuse et complète des dépenses engagées. Professionnels, élus, économistes, usagers, tout le monde en convient : la question n'est pas tant « Met-on trop d'argent ? » que « Mettons nous l'argent au bon endroit ? ». La réponse est tout aussi unanime : pas toujours. Sur-prescription d'antibiotiques, consommation d'antidépresseurs inadaptée, examens inutiles ou redondants, interventions chirurgicales injustifiées, transports sanitaires excessifs... la liste est longue de ces gisements d'économies potentielles qui,

sans toucher à la qualité des soins, permettraient de dégager de réelles marges de manœuvre.

Viser l'efficience, c'est aussi mieux s'organiser. Et, en particulier, favoriser la coopération entre tous les acteurs concernés pour reprendre ce terme fondamental qui, ce n'est pas un hasard, constitue l'un des piliers de notre cercle de réflexion. Coopération au niveau individuel tout d'abord : un spécialiste peut laisser aux généralistes certains diagnostics. Un généraliste peut laisser aux pharmaciens certains actes tels que la vaccination. Un pharmacien peut laisser aux infirmiers certaines responsabilités comme l'observation des patients chroniques.

Coopération au niveau collectif ensuite : des MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) aux CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), là encore des solutions existent qui toutes, si elles sont bien organisées, se développent au bénéfice des principaux intéressés à savoir les usagers.

Mais « faire mieux avec moins », cela suppose également de renoncer à quelques mythes tenaces. L'égalité en matière d'accès aux soins en particulier : non, cet accès ne sera jamais le même pour tous. Pas seulement pour des questions d'argent, de situation géographique ou de milieu socio-culturel. Vous qui lisez ces lignes êtes bien placés pour savoir que la « bonne » information est un privilège qui ouvre les bonnes portes et permet d'accéder aux meilleurs spécialistes...

Faut-il pour autant se résigner et accepter un système parfois indu ? Non bien sûr, il importe d'y mettre plus de justice. C'est pourquoi si l'égalité est un mythe, l'équité en revanche est et restera un combat essentiel de Coopération Santé.

Vincent Olivier,

Président de Coopération Santé



LES MARDIS DE COOPERATION SANTÉ

L'intelligence au service de la santé

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

L'intelligence, c'est à la fois du savoir, du savoir-faire, et du savoir être. Autrement dit : des connaissances acquises, des compétences techniques, des qualités personnelles et humaines. Comment mettre en œuvre cette intelligence au service de la santé ? C'est le thème du fil rouge de l'année 2024.

27 Février 2024

« Intelligence collective et organisationnelle »

L'époque du médecin seul et tout puissant face à un malade est révolue. Que ce soit en ville ou à l'hôpital, la prise en charge ne peut être que pluriprofessionnelle et partagée. Comment favoriser cette intelligence collective et organisationnelle ? Comment la mettre en œuvre concrètement dans le monde libéral et dans les établissements de soins ?

23 Avril 2024

Intelligence et technologies dans le système de soin

Rachat de start up, création de filiales, embauche de personnel : Google prévoit d'investir deux milliards d'euros dans l'intelligence artificielle. Sous quelle forme ? Dans quelle direction ? Avec quels objectifs ?

18 juin 2024

Intelligence, compétences et formation

Sachant que, d'ici quelques années, l'intelligence artificielle fera mieux et plus vite qu'un être humain dans bien des domaines, comment préparer au mieux nos futurs professionnels de santé dans un monde où les technologies et les connaissances évoluent toujours plus vite ? Comment proposer dès maintenant un enseignement adapté ?

24 Septembre 2024

Intelligence et santé globale

Environnement, alimentation, activité physique, prévention... La santé globale, c'est tout cela en même temps. Dans cette prise en charge complexe, quelle part revient aux professionnels de santé et quelle part aux politiques ? Comment assurer une coopération intelligente et efficace de tous les acteurs ?

15 octobre 2024

L'IA est-elle vraiment intelligente ?



L'intelligence artificielle suscite une fascination grandissante. Comment peut-elle accompagner le soin dans ses différentes dimensions, avec quelles avancées ? Quelles sont ses limites ? Regards croisés entre un médecin praticien et une mathématicienne. Dr Loïc Etienne, médecin praticien et Bénédicte Colnet*, Mathématicienne, Cheffe du Bureau des Produits de Santé à la Direction de la Sécurité Sociale, membre des Ateliers Mercure.

26 Novembre 2024

Intelligence, information et responsabilité individuelle

Comment former et informer au mieux nos concitoyens ? Comment faire le tri dans une société, la nôtre, envahie par l'infobésité et les fake news ? Comment concilier responsabilité individuelle et collective, et enrichir l'une avec l'autre ?

Contactez-nous

 www.cooperationsante.fr  [cooperation-sante](https://www.linkedin.com/company/cooperation-sante)  cooperationsante.sgt@gmail.com | annedeboismenu@cooperationsante.fr