

Refonder L'hôpital. Certes. Mais dans une autre organisation des soins.

Contribution du 16 juin : Omar Brix, Jean-Marie Fardeau, Patrick Lamour, Georges Picherot, Marc Schoene.
www.descolibrisensante.fr

Le Covid19 nous a rendus témoins des forces et faiblesses de l'organisation des soins en France et non pas seulement de l'hôpital public, qui, pour l'essentiel, a assuré. La tenue de ce « Ségur de la Santé » peut constituer une opportunité.

Des analyses, des propositions, plus ou moins élaborées, sont sur la table. Nous en partageons l'esprit, voire les contenus de nombre d'entre elles, en particulier celles avancées dans le manifeste du Pr Grimaldi et ses collègues¹. Mais l'expérience d'autres rendez-vous sans lendemains, et les premiers échos de ce « Ségur » nous obligent à des interventions de tous côtés et à une vigilance accrue.

Usagers, citoyens et professionnels du système de soins, nous avançons quelques propositions aux côtés de tous les concernés, citoyens et décideurs, chacun selon ses intérêts et ses responsabilités.

Au-delà des primes et des applaudissements, le « Ségur » se déroulerait dans un climat propice à la co-construction si d'emblée, étaient donnés des gages d'une volonté en actes.

Nous en rappelons, tout au moins, ces quatre engagements :

- 1- La revalorisation du salaire des soignants, notamment du service public, et en particulier celui des paramédicaux (aides-soignantes et infirmières). Promesse à tenir.
- 2- Un moratoire pour arrêter la fermeture des lits hospitaliers et des établissements de proximité. Suspendre la baisse des effectifs et les plans de réduction des capacités de soin dans les territoires.
- 3- La tarification à l'acte (la T2A) qui a contaminé et miné l'hôpital public doit être remise à plat. Tout comme les modèles de gestion du Management obnubilé par les logiques des activités « rentables ».
- 4- La consolidation de notre système de protection sociale, dont l'Assurance Maladie, sociale et solidaire, amoindrie par la remise en cause de la représentation des assurés.

S'agissant des 4 piliers soumis à cette concertation :

Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

La question des salaires et des carrières

Les métiers du soin sont multiples et variés. Souvent, le plus valorisé d'entre eux, le médecin, occulte la multiplicité et l'importance des métiers paramédicaux (Infirmier.e.s, aide-soignant.e.s, kinésithérapeutes, etc.), notamment de ceux non reconnus par l'assurance maladie comme les psychologues, ou les métiers dits de « support » : personnel d'accueil et administratif, brancardier.e.s, manipulateur.trice.s en radiologie, etc.

Et si le soin dans ses formes aiguës peut, assez souvent, se contenter d'une réponse unique et rapide, les maladies chroniques, ou un phénomène d'ampleur comme cette épidémie, requièrent une multitude de disciplines complémentaires (y compris sciences humaines et sociales). Elles doivent pouvoir coopérer. Pourquoi le suivi d'un adolescent porteur de troubles du comportement alimentaire continuerait-il d'être moins valorisé qu'un contrôle cardiologique de routine d'un adulte en bonne santé ? Pourquoi le temps d'écoute passé par un.e aide-soignant.e de nuit auprès d'un patient en chimiothérapie, n'aurait-il pas la même valeur que celui d'un psychologue ?

Proposition 1 : Outre la revalorisation des salaires, l'intégration des pratiques de soins complémentaires et alternatives gagnerait à figurer dans le panier de soins de la protection sociale.

La valorisation des pratiques coopératives dans le soin

Le soin, comme beaucoup d'autres pratiques d'aujourd'hui, n'est plus le fait d'un professionnel mais d'une équipe interdisciplinaire et intersectorielle.

¹ Idées pour aujourd'hui et pour demain. André Grimaldi avec Olivier Milleron, François Bourdillon et le collectif inter hôpitaux.

La plupart des malades du Covid19 n'ont pas eu besoin de l'hôpital. Les symptômes n'ont nécessité, pour plus de 80% d'entre eux, d'aucun acte compliqué, sinon la pratique d'un test diagnostique et d'un suivi à domicile. Les mesures d'isolement définies ont impliqué des prises en charge par les acteurs de la médecine de ville. Certaines expériences menées sur des territoires ont permis à des médecins traitants, des infirmières et autres paramédicaux, en lien avec quelques laboratoires et en collaboration avec le service d'infectiologie de l'hôpital de proximité, d'offrir un panel de réponses variées à la situation générée par le Covid19.

Ceux qui ont eu besoin de l'hôpital ont mesuré combien la pluridisciplinarité des acteurs de l'hôpital leur a permis de traverser cette épreuve et d'en sortir pour la plupart d'entre eux.

Proposition 2 : Les modes de rémunération doivent valoriser le travail en équipe et tenir compte des temps indispensables de concertation et d'échanges entre professionnels.

Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

Les agences des Nations Unies, dont l'OMS, ont mis en perspective l'assurance maladie universelle. Même la Banque Mondiale, changeant de doctrine, est passée de la « charge des dépenses de santé » à « Investir dans la santé ».

Compléter nos dispositifs vers l'Assurance Maladie Universelle.

Le système de couverture maladie en France n'est pas loin de cet objectif. L'épidémie de Covid19 en France a montré la force d'un système de soins accessible à tous. La prise en charge hospitalière s'est organisée sans préalable ni limitations. Elle a permis aux soignants et gestionnaires de s'affranchir des cadres qui les étouffaient toutes ces dernières années.

Tous les patients ont pu avoir accès à un médecin, en ville ou aux urgences d'un hôpital, et la « solvabilité » d'un patient n'a jamais été opposée à sa prise en charge, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays. Ceci a été possible grâce à la Sécurité Sociale, conquête sociale plus au rendez-vous que jamais.

Il importe de compléter l'étendue de cette couverture à toutes celles et ceux qui n'y ont pas encore pleinement droit ou n'en ont pas fait la démarche. Comme il serait judicieux de définir un panier de soins essentiels accessibles à tous, et sortir de la logique du remboursement / déremboursement, pour aller vers la gratuité dans l'accès aux soins. Nous n'en étions pas loin avec le « sans tiers payant » et surtout le « zéro à charge ».

Proposition 3 : Le financement de la Protection Sociale, fondée sur la solidarité, doit être complétée par un mécanisme de taxations sur les revenus du capital financier et d'autres sources financières socialement non utiles. L'arbitrage et le vote du Parlement doit porter sur les objectifs de santé, d'abord, ensuite sur les ressources à mobiliser en conséquence.

Les modes de rémunération en pratiques de soin de ville

En ville, un médecin généraliste perçoit 5 euros de plus pour l'examen d'un enfant de moins de 6 ans sous prétexte qu'on le déshabille et que cela prend du temps... Mais il n'aura rien de plus pour une consultation auprès d'une personne âgée ! Il perçoit un supplément pour le « diagnostic » d'une dépression sous prétexte qu'il s'appuie sur un « score » dont les questions prennent du temps... Mais il n'y a plus de supplément quand il s'occupe de son suivi ? La liste est tellement longue qu'elle en est devenue grotesque ... Il y a de moins en moins d'installations de kinésithérapeutes ou d'infirmier.e.s car leur tarification ne couvre pas les besoins de leur activité.

La féminisation observée dans la profession et l'appétence des jeunes générations pour une vie plus équilibrée entre vie professionnelle et vie de famille ne sont-elles pas des opportunités pour réviser les durées de temps de travail ?

Le mode de rémunération à l'acte pour les soins de ville ne peut être le seul, pas plus que la T2A en milieu hospitalier.

Proposition 4 : Promouvoir le salariat par la création d'un statut de praticien de soins publics de santé, au côté de modes multiples conjuguant rémunérations à l'acte et forfaitisées.

Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

Au sein des établissements hospitaliers, en particulier dans les CHU, le management par « objectifs-indicateurs-résultats-évaluations » a été directement importé du monde industriel, avec comme but premier « la rentabilité » et seulement ensuite... la qualité du soin. Il doit être réorganisé au profit de décisions collégiales des soignants (toutes professions confondues) auxquelles on doit ajouter un collègue qui participera à la construction des décisions par des représentants d'usagers.

Le monde de la médecine de ville est lui aussi contaminé par des difficultés majeures de relations interprofessionnelles. Le poids hiérarchique se fait sans doute moins sentir, de par l'isolement des lieux d'exercice. Mais c'est l'absence de réelle coordination et concertation entre un médecin spécialiste, un médecin généraliste et les paramédicaux qui font souvent cruellement défauts, en particulier dans la prise en charge des maladies chroniques.

Proposition 5 : Réorganiser les prises de décision à tous les niveaux :

- en reprenant le mode électif des chefs de service,
- en reconnaissant une véritable place décisionnelle à toutes les professions dans la vie d'un service,
- en permettant une voix aux usagers dans une représentation dans les divers conseils et comités,
- en organisant des directions collégiales tripartites : médicaux , soignants , gestionnaires.

Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

L'hôpital, un des niveaux d'une organisation territoriale

L'hôpital ne peut être le premier recours pour tous, ni l'ultime recours pour tout. On ne peut conforter l'hôpital dans ses missions, multiples, parfois complexes et coûteuses, sans le soulager des demandes et pressions exercées par défaut d'articulation avec la médecine de ville. Un système de soins, ce sont plusieurs niveaux et secteurs.

Le premier recours, ce qu'on appelle la médecine de ville, doit offrir des lieux de soin où la majorité des patients aimerait directement se rendre par proximité et commodité. Les premières réponses aux demandes de soins s'organisent de plus en plus en pratiques pluridisciplinaires, sous forme de Maisons et Centres de Santé. La ville est riche aussi d'un secteur insuffisamment soutenu qu'est le « médico-social », comme les centres de rééducation fonctionnelle, les centres de prise en charge des addictions, les centres de Protection Maternelle et Infantile, les Centres de Planification... La crise sanitaire actuelle a montré la fragilité et parfois l'inadéquation de l'organisation des EHPAD qu'il faut repenser dans une dimension plus humaine et sociale. Le secteur public de la psychiatrie, organisée en CMP (Centre Médico-Psychologique), a montré depuis très longtemps dans quel état d'abandon il a été confiné. Le secteur du handicap n'offre plus assez de places pour des familles qui sont laissées sans aucun soutien.

Comment réformer et adapter les instances de coordination existantes qui disposent souvent de très peu de moyens humains (animateurs, coordinateurs) ? Comment intégrer aussi les initiatives des collectivités territoriales qui interviennent sur la plupart des déterminants de la santé et ont vocation à fédérer ou réunir des énergies, des acteurs divers ?

Proposition 6 : Organiser la gouvernance d'un territoire autour d'une population, de l'ensemble des intervenants et services, et sur la base d'indicateurs de santé d'une population, en intégrant tous les secteurs et en particulier le « secteur médicosocial ».

Mais, en contexte de « crises », où trouver les ressources nécessaires ? Comment en profiter pour engager des réorganisations structurelles d'avenir ?

Comment accepter des pratiques de dépassement d'honoraires sans limite pour certains ?

Comment peut-on faire l'impasse sur des pratiques de surconsommation de soins, ou des examens complémentaires coûteux dont l'utilité pour le malade est très douteuse ?

D'ailleurs ce trop de soins cohabite et/ou alimente une sous-médicalisation pour les moins nantis.

Trop de soins et d'argent pour les uns, pas assez pour les autres. Les plus vulnérables, les plus nombreux !

D'où les inégalités sociales, accentuées par les inégalités d'accès aux soins.

**Avec une autre réallocation des ressources disponibles,
ne pourrait-on pas assumer les choix précédents à enveloppe constante ?**

Et laisser des assureurs privés proposer la prise en charge des pratiques ou des actes médicaux qui n'auront pas été jugés éligibles à ces remboursements.

Des contraintes et des opportunités, là est le virage !

Les médicaments, revenir à l'essentiel

La prescription des médicaments dans le soin en France est particulièrement prégnante. Etudes après études, on démontre la part importante des surprescriptions et surtraitements par les antibiotiques, les antidépresseurs ou les médicaments cardiovasculaires, malgré la preuve de leur inefficacité. Dans le même temps, on craint régulièrement des pénuries de molécules indispensables dans le traitement de l'épilepsie ou certains anesthésiques pendant l'épidémie de Covid19.

Comment organiser un pôle public du médicament face à la financiarisation du secteur du médicament qui a produit un des systèmes de lobbying le plus influent sur les décideurs comme sur les prescripteurs ? Même l'hypothétique vaccin contre le Covid19 ne semble déjà plus pouvoir devenir un bien commun accessible pour tous ...

Proposition 7 : Organiser un service de production public des molécules essentielles à partir des travaux réalisés dans plusieurs pays ayant adopté le principe d'une liste des médicaments essentiels.

La prévention, un recours par anticipation et non par défaut

Collective et individuelle, la prévention est toujours là quand on ne connaît pas le danger et les risques, ou que l'on ne dispose pas de traitement efficace. C'est ce qu'on vient de vivre sous le coup de l'urgence massive. La France, pays des soins curatifs et non de tradition préventive, a tardé, tâtonné et appris. La prévention paye, a un coût, sauve des vies et prémunit de trop de souffrances et de réparations. Surtout si l'on sait privilégier l'intelligence, le sens des responsabilités et des solidarités plutôt que le recours trop facile aux registres hasardeux de la peur et de la sanction. Il n'est pas démontré que le comportement marginal et discutable de certains aurait mis à ce point en péril des stratégies de prévention. A l'inverse, les autorités ont fait le choix de mesures répressives pour tous, et en particulier pour les groupes sociaux les plus vulnérables (prisonniers, migrants dans les centres de rétention, personnes sans domicile fixe..).

Proposition 8 : Revaloriser la prévention dans les milieux de vie par le renforcement des moyens accordés à la médecine du travail, à la médecine scolaire, à la Protection Maternelle et Infantile et la Protection de l'Enfance, en renforçant les moyens, en renouvelant les approches et les pratiques par des professionnels et des associations en prévention et en éducation pour la santé.

La Promotion de la Santé, un nouveau paradigme à mieux comprendre

Cette approche multidimensionnelle ouvre un champ plus vaste que la vieille santé publique épuisée après avoir contribué à bien des progrès. La Charte d'Ottawa (1986), dont la France est signataire, nous offre un paradigme en amont de la maladie, centré sur la santé et le bien-être. Au-delà même d'une prévention trop soucieuse de nous prémunir des risques. La promotion de la santé, ce cadre renouvelé d'actions et de pensées, met en avant les principaux déterminants d'un état de santé plus ou moins équilibré. Elle souhaite établir des politiques publiques saines et des milieux favorables à la santé, réorienter les services de soins, développer les compétences des citoyens et faciliter l'intervention des groupes sociaux, qualifiée de santé communautaire. L'exigence et la démarche démocratique à travers l'empowerment est plus que jamais au rendez-vous de nos sociétés et de notre temps.

Sachons ne pas le rater.