

Yann BOURGUEIL

Directeur de l'Institut de recherche et de documentation
en économie de la santé (IRDES)
Coordinateur de l'équipe émergente de recherche
Prosper (Partenariat de recherche pour l'organisation
des soins de premiers recours)

Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ?

D'une approche globale centrée sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation des soins

Le concept de soins primaires est peu connu en France, vraisemblablement en raison de la définition très large que lui a donnée l'Organisation mondiale de la santé dans la déclaration d'Alma Ata (1978).

Les soins primaires y sont définis comme des soins de bases incluant tant l'accès à l'eau potable, le logement et l'alimentation que l'accès aux soins pour tous, dans un objectif de justice sociale et d'équité.

Cet objectif a été rappelé par le dernier rapport de l'OMS de 2008 (1), qui mentionne l'im-pératif de justice poursuivi par les soins primaires tout en soulignant la nécessité de répondre aux attentes des populations.

Cette vision idéologique et large, incluant les conditions de vie jusqu'à l'accès aux soins pour tous, était déjà en partie à l'œuvre en France. En effet, l'Assurance maladie et le système de protection sociale dans son ensemble constituent, depuis

1945, des mécanismes de solidarités entre malades et bien portants mais également entre riches et pauvres qui poursuivent un idéal de justice sociale. Ceci peut expliquer que les soins primaires, qui n'ont pas été adoptés en France, ont longtemps été considérés comme des principes organisateurs réservés aux systèmes de soins aux ressources très limitées, à mettre en œuvre uniquement dans les pays en voie de développement.

Ce concept de soins primaires, principe d'organisation des soins, a eu plus de succès dans plusieurs pays européens comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Ces deux pays avaient introduit la fonction de *gate-keeping* ou « gardien de la porte », dans les années 1940. D'autres pays comme la Finlande et l'Espagne ont réformé leurs systèmes de santé en profondeur dans les années 1970 et 1980/90 dans le cadre d'une décentralisation poussée en s'inspirant de ces concepts.

Trois définitions

Le thème des *primary care* s'est développé comme un domaine d'organisation et une discipline acadé-



mique faisant l'objet de travaux de recherche et d'enseignement spécifiques. Dans une revue récente de la littérature, Friedberg (2) en relève trois définitions :

- celle qui repose sur la définition des professions en charge des soins primaires, généralement les médecins généralistes, de famille, et les pédiatres ;
- les soins primaires définis au regard de fonctions assurées par les offreurs habituels de soins : elles comprennent le premier contact, l'approche globale et la prise en charge de la plupart des problèmes de santé de la population,

les soins au long cours et la coordination des soins entre intervenants ; les fonctions sont alors indépendantes des formations et des qualifications professionnelles, ce qui peut conduire à reconnaître certains médecins spécialistes dans le champ des soins primaires ;

- la troisième définit les systèmes de soins orientés vers les soins primaires quand leur sont appliquées des règles visant à organiser les parcours de soins, à faciliter l'accès aux soins et à inciter les patients à solliciter les acteurs de soins primaires en priorité.

professions, hiérarchisation des échelons, définition des rôles des différents échelons territoriaux sur un mode déconcentré ou décentralisé). Ces modèles que l'on rencontre en Espagne (Catalogne), en Suède et en Finlande s'appuient sur des centres de santé avec des règles assez précises de planification (ratios d'offre ramenés à la population, composition type d'équipes de soins). Les professionnels y exercent majoritairement comme salariés.

Le modèle « professionnel hiérarchisé » caractérise les pays ayant accordé une place très importante au médecin généraliste. On le rencontre au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas. Dans ces pays, les généralistes ont reçu la mission de pivot du système de soins en régulant notamment l'accès aux soins spécialisés généralement dispensés à l'hôpital. Le modèle est dit « professionnel » au sens où c'est sur la profession des médecins généralistes qui se voient dotés d'un appareil de formation et de recherche très conséquent que s'appuie l'organisation des soins ambulatoires. L'attribution de missions populationnelles aux méde-

Des modèles d'organisation contrastés qui convergent

En s'inspirant d'une typologie de l'organisation des soins ambulatoires réalisée par des chercheurs du Québec (3), il est possible de classer les différentes formes d'organisation de systèmes de soins primaires en trois modèles types (4).

Trois modèles types

Le modèle « normatif hiérarchisé » caractérise les pays ayant inscrit dans leurs lois l'organisation du système des soins selon les principes d'organisation des soins primaires (définition des missions des différentes

Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ?

Actualités

Organisation des soins internes

Sur le web

Pilotage des pôles

Droit et jurisprudence

Réflexions hospitalières

Offres d'emploi

Librairie

cins généralistes auprès desquels sont tenus de s'inscrire tous les habitants s'accompagne d'un mécanisme de rémunération de ces professionnels : il repose principalement sur la capitation (proportionnelle à la liste de personnes inscrites). Dans tous ces systèmes, les médecins spécialistes exercent principalement à l'hôpital.

Le modèle « professionnel non hiérarchisé » - que l'on rencontre en Allemagne, au Canada et en France - laisse l'organisation des soins ambulatoires à l'initiative des acteurs. Et ce sans hiérarchiser les rôles entre médecins de spécialités différentes, ni même entre secteurs ambulatoire et hospitalier, selon une logique libérale de marché privilégiant la régulation contractuelle des relations entre les participants du système. Les médecins y sont majoritairement rémunérés à l'acte.

Ces différents modèles types, contrastés, tendent actuellement à se rapprocher sous l'effet d'évolutions de la demande (augmentation des maladies chroniques et des situations complexes, autonomie croissante des patients), mais également de l'offre (évolution sociologique du corps médi-

cal, poids des dépenses de santé, progrès technologiques). Ainsi, les pratiques de groupe se développent entre médecins ou au sein d'équipes pluridisciplinaires. Les modes de rémunérations se diversifient, le paiement à l'acte étant introduit en complément de la capitation et du salariat et, inversement dans les pays où le paiement à l'acte domine, de nouveaux modes sont envisagés.

Dans les systèmes hiérarchisés présentant un fort cloisonnement entre médecine de ville et hôpital, on cherche à rapprocher les soins spécialisés des malades chroniques. La prise en charge de patients aux pathologies multiples comme le rapprochement des problématiques médicales et sociales fait l'objet de modes d'organisations, voire de métiers nouveaux. Les différents systèmes d'organisation des soins primaires, aussi contrastés soient-ils, semblent converger autour des notions de travail d'équipe, d'intégration médico-sociale, d'utilisation des nouvelles technologies, avec une valorisation des pratiques visant à prendre en charge les patients chroniques au long cours.

hospitalières : le troisième principe organisateur des soins primaires en France est plus récent puisqu'il est issu de la réforme Debré (1958). Celle-ci s'inspire du rapport Flexner (5) publié aux États-Unis en 1910 et qui est à l'origine de l'émergence des Academic Health Centers conçus pour développer la biomédecine, considérée à raison comme un vecteur fondamental de progrès et de croissance économique. La réforme Debré a repris le modèle des hôpitaux universitaires orientés vers la biomédecine dans le contexte français, avec un statut public ayant pour effet d'installer une hiérarchie médicale fondée sur les spécialités techniques et biologiques hospitalières au détriment des spécialités cliniques orientées vers les populations.

En France, le système de soins primaires du début des années 2000, issu de cette histoire, est donc caractérisé par une offre de soins abondante, très hétérogène, concurrentielle et faiblement hiérarchisée. Il est néanmoins soumis à de fortes évolutions qui semblent s'accélérer aujourd'hui sous l'effet de bascules démographiques, sociologiques et économiques mais qui sont également le produit d'une succession de réformes depuis les années 1980.

Ces réformes favorisent pêle-mêle le développement de la régionalisation, l'émergence de la santé publique et du droit des patients, la réorganisation des soins et la coordination des professions dans le cadre des expériences de réseaux, du dispositif de médecin référent, ou encore plus récemment la réforme du médecin traitant en 2004. Elles ont en commun de viser la rationalisation progressive du système de soins et, notamment, l'introduction de nouvelles formes d'organisations. Plus récemment, ces orientations se sont vues renforcées par la diminution planifiée du nombre de médecins, inéluctable pour les dix années à venir, et dont les effets se font sentir aussi bien dans les hôpitaux que dans le secteur ambulatoire.

Pourquoi parler des soins primaires aujourd'hui ?

Selon la typologie décrite précédemment, la France se caractérise par un modèle de soins primaires « professionnel non hiérarchisé ». Cette organisation, héritée de l'histoire, repose sur trois principes forts et structurants :

Trois principes organisateurs

La Charte de la médecine libérale de 1927¹ reste toujours une référence identitaire pour le groupe des médecins exerçant en ambulatoire, même si une partie de ses principes n'est plus opérationnelle dans les faits.

La protection contre le risque maladie selon le mécanisme de l'Assurance

maladie créée en 1946 constitue le deuxième de ces principes. Le financement de la protection sociale fondée sur les rapports sociaux du travail d'inspiration « bismarckienne », bien distinct d'un modèle de solidarité national de type « beveridgien », privilégie la protection de ceux qui cotisent et de leurs ayants droit, et non la couverture de la population sur l'ensemble du territoire. Les professionnels de santé dans le secteur ambulatoire n'ont donc pas eu de mission orientée vers l'ensemble de la population.

Une hiérarchie médicale fondée sur les spécialités techniques et biologiques

Évolutions

Ce qui est plus nouveau et semble influencer plus fortement sur le secteur des soins primaires, c'est l'évolution des médecins eux-mêmes qui souhaitent réaliser des arbitrages différents de ceux de leurs aînés entre temps de travail et loisirs (6). Ces orientations conjuguées à la féminisation croissante du corps médical affectent les choix d'installation mais également les contextes de travail et ouvrent la porte à des évolutions sur les modes de rémunération, le salariat ou la capita-tion au moins partielle pouvant être des formes plus attractives que le paiement à l'acte. Les progrès technologiques quant à eux permettent désormais de rapprocher certains actes en proximité (par exemple des rétinographies) tout en transférant les

images à distance permettant une plus grande accessibilité des actes spécialisés en proximité.

Enfin, le contexte général de la crise économique et des déficits sociaux renforce la question de la recherche d'efficacité et d'optimisation de l'emploi des ressources affectées à la santé, comme celle de l'accès aux soins de populations précaires. Le renforcement des soins primaires apparaît ainsi comme un moyen de garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population, mais également de répondre à des demandes de soins qui s'expriment, faute d'organisation et de prévention, soit trop tardivement, et donc à un stade qui requiert des soins lourds et coûteux, soit dans des lieux non adaptés et où la prise en charge se fait à un coût élevé.

professionnelle se développe dans le cadre des maisons de santé avec le soutien des collectivités locales et de l'État.

Des projets d'amélioration de la prise en charge en ambulatoire des malades chroniques, initiés dans le cadre de réseaux de soins, sont désormais développés par des groupes de professionnels libéraux comme dans le cadre du projet Asalée (7) ou par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) avec le projet Sophia, qui s'inspire des modèles de Disease management, concept hérité des États-Unis (8). Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération visant principalement à rémunérer des structures (maisons et centres de santé) sont initiées avec l'objectif à terme de valoriser les fonctions de coordination, d'éducation thérapeutique et les nouvelles formes de coopération entre professionnels.

Le système de soins primaires français présente désormais des éléments normatifs, constituant un cadre légal. Il pose également les bases de la reconnaissance du rôle de certaines professions de premiers recours, et en premier lieu les médecins généralistes. Les soins primaires tels qu'ils existent dans les autres pays semblent donc amenés à se développer, mais ces changements annoncés se heurtent également à de nombreux obstacles.

Vers un nouvel équilibre symbolique, organisationnel et financier ?

Choisir de s'appuyer sur les soins primaires pour répondre de façon plus efficiente aux enjeux démographiques, épidémiologiques et économiques questionne en profondeur, à la fois la tradition de l'exercice libéral individuel et du

Enjeux et questions posées par le développement des soins primaires

Évolution du système de soins ambulatoires

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de juillet 2009 constitue une étape importante de l'évolution du système des soins ambulatoires : elle définit les soins de premiers recours, annonce la constitution de schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, inscrit les missions des professionnels de premiers recours dans la loi et offre, en outre, la possibilité de développer des coopérations.

Émergence de la spécialité de médecine générale

Cette émergence de la spécialité de médecine générale au sein des facultés de médecine est également décisive. On commence à reconnaître une place aux enseignements de la spécialité de médecine générale. Certains médecins généralistes accèdent désor-

mais à des postes d'assistants chefs de cliniques. Les travaux de recherche sont à développer.

Valorisation de nouvelles activités en médecine de ville

Dans le même temps, des modes mixtes de rémunération émergent ouvrant la voie à la reconnaissance et la valorisation de nouvelles activités en médecine de ville. Le forfait pour les affections de longue durée (ALD), ou le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) introduisent des alternatives au paiement à l'acte. L'exercice en groupe et en équipe pluri-

1 Les sept principes comprennent : le libre choix, le respect absolu du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs

syndicaux, la liberté thérapeutique et de prescription, le contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord, nécessité de représentation

du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses. in P. Hassenteufel « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Revue Sève - Les tribunes de la santé*, n° 18, printemps 2008.

Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ?

paiement à l'acte, mais également la tradition de la supériorité de la spécialité d'organe et de la médecine technique sur la médecine générale et principalement clinique.

Les professionnels de soins primaires parce que moins nombreux, et peut-être mieux placés pour répondre aux besoins futurs des patients, apparaissent désormais nécessaires et prennent de ce fait un poids et une valeur qui doit être reconnue plus justement. Cette reconnaissance déstabilise l'équilibre symbolique, organisationnel et financier entre professionnels et institutions qui a prévalu jusque alors. Ou pour le dire autrement, l'enjeu est de décentrer en partie le système de soins de l'hôpital vers le secteur ambulatoire, de la médecine cura-

tive vers la prévention, et également de confier des missions populationnelles et publiques à des acteurs traditionnellement libéraux. Les syndicats de médecins libéraux, le monde hospitalier comme l'ensemble des groupes professionnels sont questionnés par ces évolutions.

Dans un contexte de ressources rares, cette reconnaissance veut dire également partage de ressources symboliques (les positions de prestige) et matérielles (ressources financières pour de nouvelles activités et modes de rémunérations, pour de nouveaux contextes de travail). Dès lors se posent les questions de l'introduction des cadres juridiques, des incitations à coopérer qui peuvent favoriser ces évolutions, mais également des cadres conceptuels et des outils de mesure susceptibles à la fois de donner un sens à l'action collective et les moyens de définir et évaluer les nouvelles formes d'organisation à mettre en place.

Mais au-delà de ces éléments que le génie bureaucratique français ne manquera pas de produire, sur quelles dynamiques s'appuyer? Comment impulser et porter de nouvelles façons de soigner les malades entre la ville et l'hôpital? Quels acteurs ont intérêt à investir dans des formes nouvelles d'organisation?

La ressource humaine : le levier principal du changement

Le principal levier qui permet aujourd'hui d'orienter le système de soins vers une plus grande organisation des soins primaires, dont nous pensons qu'elle est souhaitable à terme pour garantir l'accès aux soins pour tous à un coût acceptable, réside essentiellement dans la baisse du nombre de médecins qui s'annonce pour les dix années à venir.

Moins de médecins, c'est une possibilité de réorganisation et de redistribution des activités, des rôles et ressources entre professionnels et institutions plus aisée. Cette baisse quantitative s'accompagne également d'une

évolution sociologique majeure des professions de santé, en particulier médicales, marquées par la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale différent de celui de leurs aînées.

Une grande partie des jeunes médecins n'est pas effrayée à l'idée de travailler en équipe et à être rémunérés différemment. En étant à leur écoute, en s'appuyant sur leur intelligence et leurs désirs, mais également en les formant aux enjeux du système - qu'ils connaissent désormais pour une grande partie d'entre eux beaucoup mieux que les seniors -, le régulateur, le directeur d'hôpital, le directeur d'ARS, l'élu local trouveront des partenaires pour créer et innover de façon durable.

S'il est une ressource qui fait aujourd'hui l'objet d'un investissement de taille en santé, c'est bien la ressource humaine (le *numerus clausus* a plus que doublé entre 1998 et 2010). Mais augmenter mécaniquement le nombre de médecins - comme on l'a baissé mécaniquement pendant plus de vingt ans - ne suffit pas.

Dès maintenant se pose la question de la formation théorique et pratique de ces jeunes médecins qui entrent en grand nombre dans les facultés de médecine. La moitié est destinée à devenir médecin généraliste. Où, comment et par qui les former? Quels savoirs leur transmettre? Quel compagnonnage leur proposer?

Les professionnels expérimentés du monde de la santé qu'ils travaillent à l'hôpital ou en ville, et plus encore pour ceux d'entre eux qui ont acquis les positions de maîtrise, de savoir et le pouvoir qui leur est associé, ont à ce titre un rôle majeur à jouer : permettre l'émergence de savoirs validés scientifiquement sur l'efficacité et l'efficience des pratiques et des organisations de soins en ville, mais également entre la ville et l'hôpital, constitue un enjeu principal pour la légitimation de ce champ. C'est donc en grande partie la recherche en santé, et les facultés de médecine, qui détiennent les clés du développement des soins primaires. ■

Références

- (1) World Health Organization, *Primary Health Care, Now More Than Ever*, The World Health Report 2008.
- (2) Friedberg M.W., Hussey P.S., Shneider E.C., "Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care", *Health Affairs*, May 2010, 29:5.
- (3) Beaulieu M.D., Contandriopoulos A.P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P. À, Pineault R. (2003), *Sur la voie du changement: pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.fcrrs.ca).
- (4) Bourgueil Y., Marek A., Mousques J., Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
- (5) Flexner A., *Medical Education in the United States and Canada*, New York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf
- (6) Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousques J., « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé Irdes* n° 157, 2010/09.
- (7) Mousques J., Bourgueil Y., Lefur P., Ylmaz E., *Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care* - à paraître Health Policy. <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT29EffectExperGenePractiNursesDiabetPatientsCare.pdf>
- (8) Bras P.L., Duhamel G., Grass E., Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des expériences étrangères de « disease management », Rapport RM2006 – 136 pages, septembre 2006 – IGAS. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000763/0000.pdf>

Jean-Yves ROBINDirecteur de l'Agence des systèmes d'information
partagés de santé (ASIP Santé)

Organisation des soins primaires et systèmes d'information

Des outils au service de la pratique professionnelle

Les systèmes d'information ont été replacés depuis plusieurs mois au cœur des pratiques professionnelles par les pouvoirs publics (loi HPST) et les professionnels du secteur, afin d'accompagner le développement de nouveaux modes d'exercice. À l'heure où les pouvoirs publics réforment l'organisation des soins en France, et où la problématique de l'égalité d'accès au soin fait partie des priorités, les systèmes d'information font partie des outils stratégiques d'appui à de nouveaux modes organisationnels et à des pratiques professionnelles en plein essor. L'ASIP Santé s'est engagée auprès des acteurs du soin pour mener, avec eux, une réflexion sur le développement des systèmes d'information, au service de leurs pratiques. En objectif: l'amélioration constante de la qualité et de la continuité des soins délivrés aux patients.

Le constat est partagé par tous : le contexte sanitaire en France met sous tension notre système de santé et l'organisation des soins. Vieillesse de la population, développement des maladies chroniques : aux évolutions de la démographie nationale s'ajoutent les évolutions à la baisse de la démographie médicale et l'extension des zones médicales désertées. Chez les professionnels de santé s'observe le développement d'une nouvelle tendance, qui privilégie l'exercice en équipe plutôt qu'en situation isolée, en raison notamment de la spécialisation accrue induite par le contexte médical.

Soins primaires en France : les enjeux organisationnels et structurels

La médecine de proximité figure, au titre de son accompagnement des soins primaires, au premier rang des acteurs impactés par ce contexte sanitaire. Dans son environnement direct sont également concernés les professionnels paramédicaux, les acteurs du champ médico-social et, bien entendu, les patients qui, de plus en plus acteurs de leur santé, souhaitent un accompagnement personnalisé de leur prise en charge.

Organisation des soins primaires et systèmes d'information



Actualités

Organisation des soins internes

Sur le web

Pilotage des pôles

Droit et jurisprudence

Réflexions hospitalières

Offres d'emploi

Librairie

Au regard des systèmes d'information, les enjeux d'évolution en matière d'organisation des soins primaires peuvent être considérés de la manière suivante :

>> Pour les professionnels de santé

Il s'agit de mettre en place les outils et l'organisation susceptibles d'appuyer l'accès à l'expertise médicale, aux protocoles, à la coordination des soins et à la prise en charge globale d'un patient, en maintenant la permanence des soins sur un territoire de santé donné.

Pour les patients, l'enjeu est d'assurer l'égalité d'accès aux soins. Ceci exige de renforcer la disponibilité de l'offre de soins au plus près des lieux de vie ainsi que la coordination des acteurs autour de la prise en charge globale du patient, adaptée à son problème de santé.

>> Pour la tutelle nationale et la mise en œuvre des politiques de santé publique

L'enjeu consiste à structurer la régulation et le développement d'une offre de soins au plus près des besoins des populations, en tenant compte des contextes socio-environnementaux d'un territoire dans une économie de ressources et de moyens contrainte.

De façon générale, l'enjeu est d'accélérer la mobilisation des dispositifs existants ou en cours de réalisation, afin d'accompagner au plus près le patient dans son contexte sanitaire et personnel (l'hospitalisation à domicile par exemple). Il est aussi d'apporter un appui en termes de coordination aux actions dans le champ sanitaire et médico-social.

Dans ce contexte, le partage facilité des données entre équipes pluriprofessionnelles, l'appui logistique et organisationnel auprès des producteurs de soins, la gestion et le pilotage d'activité deviennent indispensables.

Les réponses des systèmes d'information aux problématiques d'organisation des soins

Le développement de nouveaux modes d'organisation des soins, adaptés au

contexte sanitaire et à ses enjeux, s'appuiera sur le développement de systèmes d'information au service des pratiques professionnelles.

>> Une réponse globale : la dématérialisation

En accélérant les échanges, en structurant et en facilitant la transmission des données, la dématérialisation constitue une réponse globale aux problématiques d'organisation des soins. Dans le cadre de la médecine de proximité en particulier, l'enjeu des dix prochaines années sera le développement des systèmes d'information et de la télémédecine. Élisabeth Hubert l'a rappelé dans son récent rapport ¹.

D'une part, parce que les systèmes d'information constituent un support technique fort à l'organisation des soins. Conçus comme des services, ils accompagnent les équipes de soins dans la réalisation de leurs missions, en assurant la coordination et la qualité des soins. Le service offert par le dossier communicant de cancérologie (DCC), utilisé depuis plusieurs années par les équipes de soins autour d'un patient atteint d'un cancer, et qui intègre à présent le dossier médical personnel (DMP), n'a plus à faire la démonstration de sa valeur ajoutée.

D'autre part, parce que les systèmes d'information constituent un socle fondamental pour structurer l'échange et le partage des informations. La mise en place du dossier médical personnel (DMP) et son déploiement dans les prochaines années permettra, nous en sommes persuadés, d'en faire la démonstration. Dans ce sens, le travail effectué par les acteurs, notamment sous l'impulsion des pouvoirs publics, en matière d'urbanisation des systèmes d'information, facilite le développement d'outils et de services pour une meilleure communication des informations entre équipes de soins.

Les systèmes d'information permettront de mettre à disposition la bonne information, au bon endroit et quand cela est nécessaire à la décision médicale, tant

dans le cadre de la prise en charge que dans la coordination de cette prise en charge. Ils œuvreront incidemment, pour le développement d'expertises médicales, en favorisant la capacité à faire évoluer les compétences, ainsi que la diffusion d'information.

>> Un outil au service de la santé publique

Les systèmes d'information sont aussi un outil essentiel, conçu comme tel pour beaucoup, en termes de santé publique. Ils facilitent la remontée d'information sur le plan de la veille et de l'alerte sanitaires, consolident les études et les prospectives en matière de santé publique, et alimentent la réflexion des pouvoirs publics.

Rôle des pouvoirs publics et travaux de l'ASIP Santé

Un objectif de l'ASIP Santé est de promouvoir le développement de systèmes d'information adaptés à la pratique professionnelle, afin d'appuyer la mise en place d'une nouvelle organisation des soins accompagnant l'émergence de dispositifs innovants. L'ASIP Santé s'inscrit en cela dans la continuité de la réflexion publique : définition et mise en place d'une stratégie nationale des systèmes d'information de santé et de politique générale (incluant les aspects techniques, sécurité et organisationnels).

L'ASIP Santé a entrepris dans cette perspective, depuis sa création en 2009, plusieurs chantiers particulièrement structurants pour les systèmes d'information : instauration d'un cadre national d'interopérabilité des systèmes d'information, définition de la procédure d'agrément des hébergeurs de données de santé, construction du programme identifiant national de santé, mise en place du DMP... L'ensemble de ces travaux, menés en cohérence avec la stratégie nationale de santé, donnent une impulsion nouvelle aux systèmes d'information de santé en France ².

Dans le domaine de l'organisation des soins primaires, l'ASIP Santé a déjà engagé la réflexion ainsi que les travaux qui lui

permettent d'en accompagner l'évolution. Plusieurs chantiers sont ainsi lancés :

- depuis mai 2010, l'ASIP Santé et la FNEHAD ont signé une convention de partenariat, visant la bonne utilisation, la cohérence, la performance, l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information (SI), mis en œuvre dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Les deux institutions entendent ainsi répondre aux enjeux que représentent l'informatisation des établissements au regard d'une cible commune, l'accès au DMP en mobilité, et le développement de la télémédecine au domicile ;
- en 2010 également, et à l'initiative de la Commission nationale des directeurs des systèmes d'information en CHU (CNSI CHU), un groupe de travail coanimé par l'ASIP Santé s'est constitué afin d'être au rendez-vous du DMP en 2011. Ce groupe de travail, qui a pour vocation première de préparer la mise en place opérationnelle du DMP au sein des établissements, permet également d'instaurer

une dynamique de réflexion autour du rôle des systèmes d'information au cœur de l'hôpital. Les conclusions du groupe de travail permettront de capitaliser sur les bonnes pratiques et de développer l'appropriation de ces nouveaux outils par tous les établissements de santé ;

- l'ASIP Santé a également été missionnée en 2010 afin d'assurer la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information des pôles et maisons de santé. Au-delà de son rôle de référent et de régulateur en termes d'interopérabilité ou d'hébergement, l'agence est en mesure d'apporter un appui significatif au chantier des pôles et maisons de santé. Elle dispose des outils et des compétences pour connecter des structures isolées à des centres experts, grâce à certains projets de télémédecine qu'elle coordonne. L'ASIP Santé dispose également des moyens destinés à faire émerger une offre industrielle adaptée aux besoins d'un projet de soins ;
- enfin, l'ASIP Santé et l'Union nationale des réseaux de santé (UNR.Santé) ont

défini une convention de partenariat. Objectif : permettre aux dossiers de santé partagés des réseaux d'intégrer le DMP. Ce travail vise à offrir aux programmes personnalisés de santé (PPS) la possibilité de devenir un service du DMP, au service de la coordination des soins. Les deux organismes entendent ainsi proposer à la médecine de proximité les outils d'information-supports au service de la pratique médicale.

L'ensemble de ces travaux, ainsi que ceux qui débiteront dans les prochains mois au service d'une stratégie nationale des systèmes d'information de santé, visent à construire un écosystème cohérent de systèmes d'information au service de la pratique professionnelle, dans un contexte de réorganisation des soins. ■

1 Rapport de la mission de concertation sur la médecine de proximité, par le Dr Élisabeth Hubert, ancien ministre, avec la collaboration du Dr Sylvain Picard et de Dorothée Imbaud, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

2 Plus d'informations sur www.esante.gouv.fr et dans le premier rapport d'activité de l'ASIP Santé, publié en mai 2010.



Atlas FHF 2010



Les Atlas FHF 2010 représentent un outil d'aide à la décision pour une optimisation du maillage territorial de santé promu par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST).

Tarifs Atlas SSR*	Prix unitaire
adhérents FHF	155 € TTC
adhérents FEHAP	190 € TTC
non-adhérents	300 € TTC

Tarifs Atlas des coopérations*	Prix unitaire
adhérents FHF	260 € TTC
non-adhérents	380 € TTC

à commander auprès de
heral
 44, rue Jules-Ferry
 94784 Vitry-sur-Seine Cedex
 Tél. : 01 45 73 69 20
 Fax : 01 46 82 55 15
www.heral-pub.fr

* TTC prix franco de port (TVA incluse 5,50 %) Pour les commandes à destination des DOM-TOM ou des pays étrangers, les frais de port sont facturés en sus

Dr Marie-Jeanne GUEDJ

*Chef de service du centre psychiatrique
d'orientation et d'accueil*

Dr Gérard MASSÉ

*Chef de service, secteur 75G15 de psychiatrie générale
Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris*

Santé mentale et soins primaires, enjeux et perspectives

Rôles et place du Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil dans le dispositif

Les soins primaires en santé mentale représentent-ils, comme l'indique la définition, un niveau d'offre de soins globale, segmenté ni par l'âge, ni par le sexe, ni par l'organe, et précédant les niveaux dits de référence ou de haute technologie ? Pour l'Organisation mondiale de la santé, les soins primaires comprennent la promotion de la santé, l'amélioration de la qualité de vie, la prévention et le traitement des maladies, la réhabilitation, la prise en charge des douleurs et des soins palliatifs, la participation des patients dans la prise de décision concernant leur santé, l'intégration et la continuité des soins, en tenant compte du contexte culturel. Le fait de différencier des soins primaires en santé mentale élargit les spécificités de la technique psychiatrique en promouvant les thèmes de qualité de vie, de réhabilitation...

Un peu différemment, les soins de première ligne se définissent comme ceux ayant lieu là où le patient prend contact avec le système de soins, à un niveau de soin primaire mais aussi aux niveaux de référence et de haute technologie.

Cependant, quelle relation y a-t-il avec l'urgence psychiatrique ? Celle-ci se situe à la fois du côté du soin primaire et du soin de première ligne. Elle se définit, depuis le rapport Steg, comme l'urgence ressentie par l'un quelconque des protagonistes du drame, abandonnant du même coup la distinction habituelle urgence vraie/consultation non programmée, et renouant avec les théories de la crise.

La santé mentale, conçue comme un bien nécessaire, se distingue de la psychiatrie comme discipline ayant déjà diagnostiqué un trouble. C'est dans cet interstice qu'a pris place la notion de souffrance psychique qui, comme toute souffrance, mérite d'être soulagée, et qui peut aussi annoncer le trouble psychiatrique avéré. Aux avant-postes de cette question, bien en amont du système de soins



Corentin Mossière, DR

Centre hospitalier Sainte-Anne

psychiatriques, se situent un grand nombre d'intervenants du tissu social et sanitaire tels que les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les pompiers, la police et, dans une logique déjà hospitalière, le SAMU et les services d'urgence ou services d'urgence générale. D'une autre manière, on parle de détresse psycho-sociale pour décrire ces états de souffrance plus aiguë, à composantes multiples, psychologiques, socio-professionnelles, voire somatiques : cette description montre à quel point l'émergence du besoin concerne alors les intervenants précédemment cités.

La difficulté réside en un relatif isolement de chacun de ces partenaires, isolé face à un besoin difficile à décrypter, isolé aussi quand il suffirait d'un tel recours, en amont du diagnostic psychiatrique.

La mise en œuvre et l'actualisation de toutes sortes d'annuaires médico-sociaux, des réseaux appuyés sur la sectorisation et les centres médico-psychologiques (CMP), voire de conventions diverses avec ces intervenants ou leur regroupement, sont une nécessité pour faire face aux soins primaires.

Accueil d'urgence psychiatrique et vie dans la communauté

Comment procurer des soins à une personne présentant un état de souffrance, qu'elle le reconnaisse ou non, quand l'entourage lui-même est en souffrance ? L'argument du contrôle social a fait long feu et ne peut plus justifier toute abstention. Pour autant, l'évaluation technique est prioritaire : seule une équipe de psychiatrie peut distinguer une crise momentanée, une inadaptation sociale indépendante de tout trouble et un état psychiatrique débutant ou avéré.

Il existe pour cela deux modalités, actuellement impératives. D'abord recevoir la famille en souffrance sans la renvoyer à sa plainte par une attitude trop classique consistant à refuser tout entretien si le patient supposé n'est pas présent : c'est ce que nous appelons « consultation des familles sans le patient ». Il s'ensuit une néces-

saire évaluation, en consultation si le patient supposé accepte de se déplacer, ou à domicile. L'issue de la visite à domicile dépend du contexte de crise, du diagnostic pathologique, de la nécessité ou non d'aller jusqu'aux soins sans consentement. Un autre lien majeur avec la souffrance dépistée en milieu communautaire est représenté par la nécessité d'une permanence téléphonique, 24 heures sur 24, assurée par un professionnel de santé mentale, un infirmier en général, avec recours possible à un psychiatre à ses côtés quand la demande le nécessite. L'orientation téléphonique selon le degré de la souffrance, parfois de l'urgence, s'appuie sur l'équipement en annuaires, réseaux, conventions cités plus haut. Son aboutissement s'appellera « numéro vert/télépsychiatrie ».

Santé mentale et soins primaires, enjeux et perspectives
Rôles et place du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil dans le dispositif

Actualités

Organisation
des soins internes

Sur le web

Pilotage
des pôlesDroit et
jurisprudenceRéflexions
hospitalièresOffres
d'emploi

Librairie

Urgence psychiatrique et continuité des soins

La continuité des soins, ainsi que la prévention, font partie des items relevés par l'Organisation mondiale de la santé dans la définition des soins primaires. Elles se rejoignent aujourd'hui grâce à la nouvelle définition, toujours par l'OMS, de la prévention quaternaire, ou prévention des conséquences de la rupture de soins.

Il apparaît quotidiennement que la rupture de soins alimente 40 % des urgences psychiatriques. Elle est régulièrement en cause dans l'ensemble des travaux qui tentent d'approfondir les liens entre violence et psychiatrie.

Sans prétendre répondre à l'ensemble des items définissant les soins primaires, il est clair que plusieurs d'entre eux se trouvent abordés par un service d'orientation et d'accueil de la souffrance psychique, de la détresse psychosociale et du trouble psychiatrique avéré.

Dès lors, une organisation minimale de la réponse à la demande urgente en santé mentale peut se doter des modalités suivantes, représentant un éventail de réponses aux besoins émergents dans la communauté :

- accueil téléphonique,
- investigation et traitement de crise,
- lits porte ou consultations prolongées,
- hospitalisations brèves de crise ou d'attente de continuité des soins,
- consultations de post-urgence,
- psychiatrie de liaison,
- visites à domicile d'évaluation ou d'hospitalisation.

Les publics visés correspondent aux préconisations de l'Organisation mondiale de la santé en matière de soins primaires : personnes en situation de précarité, adolescents, familles en crise, contexte de puerpéralité, personnes âgées, migrants. Cet accueil ne saurait répondre aux missions définies s'il n'était sans condi-

tion, que ce soit de place, d'horaire, de mode d'adresse ou de lieu d'habitation. Ainsi que l'impératif de gratuité.

Loin de se définir uniquement comme un lieu d'accueil de première ligne, et hyperspécialisé, des situations les plus graves à l'instar d'un service de réanimation, un service d'urgence psychiatrique se conçoit aujourd'hui comme un lieu-ressource pour les soins primaires, c'est-à-dire capable de répondre à la demande du patient potentiel, de son entourage, des intervenants sociaux et sanitaires insérés dans la communauté. Cette demande peut s'exercer par la venue sur place de la personne concernée, par téléphone, ou même par courrier électronique. Il s'en suit, à condition d'une évaluation, la proposition d'une aide et d'une orientation, dont le devenir sera suivi si nécessaire par un nouveau contact avec la personne en souffrance. ■

>> Perspectives

L'offre de soins primaires en santé mentale se caractérise en France par un dispositif théorique particulièrement séduisant. Reste à le faire connaître : la communication relative à la santé et à l'offre de soins est encore perfectible, et la santé mentale, sinon la psychiatrie, souffre encore d'un déficit d'image majeur proche de la stigmatisation. Des initiatives apparaissent. Elles concernent la mise en place d'une information et d'une facilitation de l'accès aux soins que pourrait représenter, par exemple, l'instauration d'un numéro de téléphone unique, destiné à orienter les usagers qui en font la demande vers la structure la plus adaptée.

Le modèle en place ne prétend pas être l'alpha et l'oméga de l'ensemble de l'offre thérapeutique développée dans le vaste champ de cette discipline. C'est ainsi que des pathologies spécifiques, demandant une particulière spécialisation des soignants, devront bénéficier de structures spécialisées. C'est ainsi également

que sur la durée, le libre choix de son médecin reste une position incontournable.

Le secteur psychiatrique est évolutif, appelé à s'adapter aux mouvements démographiques comme à l'évolution légitime des exigences des patients. Mais ce modèle n'a pas encore trouvé de remplaçant plus efficace et plus pragmatique.

La loi HPST a posé des objectifs dont on peut reconnaître qu'ils rejoignent ceux qui ont présidé à la mise en place du secteur psychiatrique. Depuis les années 1970, la société a évolué, les bassins de population se sont déplacés. Un enjeu majeur de l'offre de soins primaires en santé mentale sera la capacité de l'organisation sectorielle psychiatrique à s'adapter à ces évolutions, sans perdre l'essence de ses missions et de son organisation.

Dr Bertrand GARNIER

Psychiatre, chef de service, secteur 18, centre hospitalier Sainte-Anne