

Séance du 24 février 2020

**La médecine en perpétuelle évolution dans la complexité conserve
cependant le même défi :
« soulager la souffrance et maintenir la santé »**

René BAYLET

Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, Biologiste des hôpitaux

MOTS CLÉS

Système de santé, coordination, crise, maisons de santé pluri-professionnelles, infirmières de pratiques avancées, pharmaciens vaccinateurs, patients-experts, prévention

RÉSUMÉ

En dépit de volontés politiques réaffirmées, le système de santé souffre d'un manque chronique de coordination. Le parcours technique hospitalier rencontre les plus grandes difficultés à s'abouter avec le parcours d'accompagnement médical et social au domicile ou en établissement pour personnes âgées et dépendantes. Ce hiatus est exacerbé par le vieillissement des populations, le bouleversement épidémiologique des maladies chroniques et survient dans un contexte de pénurie de médecins créant des zones de déserts médicaux associé à la pénurie des autres professionnels de santé. Les secteurs des urgences, de la psychiatrie et des EHPAD sont particulièrement sinistrés¹. Des réformes ouvrent de nouvelles pistes maisons de santé pluri-professionnelles, infirmières de pratiques avancées, patients-experts, pharmaciens vaccinateurs, mais leur déploiement reste lent.

La prévention primaire est le chaînon manquant dans l'organisation des soins alors qu'elle doit être partie intégrante de la politique socio-sanitaire et de la santé.

NOTA : M. René Baylet n'ayant pu assurer la présentation de sa conférence, ce texte a été lu par le Professeur Olivier JONQUET, professeur à l'Université de Montpellier, membre de l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier.

La médecine en perpétuelle évolution dans la complexité conserve cependant le même défi : soulager la souffrance et maintenir la santé.

En ce début de troisième millénaire, une médecine nouvelle se développe rapidement. Elle envahit les différents espaces du soin, depuis la médecine hospitalière jusqu'à la médecine de ville mais aussi dans la prise en charge de populations plus vulnérables comme celle des personnes âgées et/ ou handicapées.

Elle se caractérise par trois phénomènes notables :

- les effets de la révolution numérique et de la révolution génomique

¹ Difficultés de recrutements en établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap. Résultats de l'enquête Flash du réseau Uniopss-Uriopss. Septembre 2019

- une réorganisation des pratiques du soin au travers du suivi coordonné dans le parcours du malade
 - une modification radicale de la relation médecin-patient avec l'adoption de comportements plus empathiques face à un malade mieux informé, base d'une relation apaisée avec les acteurs du soin qui modifie le cadre médical.
- Le présent exposé reprend la deuxième partie de ce triptyque.

1. Un malade de plus en plus fractionné

Si le système de santé français est considéré comme l'un des meilleurs au monde, la fragmentation de son organisation affecte son efficacité et sa qualité. Depuis des années, les différents acteurs invoquent la nécessité de mieux coordonner les soins et les services, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques.

De même, chez les personnes âgées ou handicapées les difficultés de santé vont prendre une dimension toute particulière du fait de leur fragilité. Chez elles, il est indispensable de rechercher des prises en charge qui préservent au mieux la qualité de vie et les suivis qui conjuguent les impératifs du soin et les exigences de l'autonomie.

La recherche d'une approche globale, la prise en compte des problématiques d'ordre médical, social et psycho-social appellent la mise en place de formes nouvelles de coopération entre professionnels du soin et professionnels de l'accompagnement, mais aussi entre institutions de culture aussi différentes que le sont l'hôpital d'une part, les soins de ville ou les établissements ou services médico-sociaux de l'autre.

À partir du recensement des besoins des malades et de l'analyse des pratiques, le désir d'innover et de générer des solutions originales adaptées à chaque contexte doit conduire à une remise à plat totale de tout le dispositif du soin et du « prendre soin » du patient.

Il existe de profondes ruptures dans la continuité des soins, depuis le diagnostic du praticien de ville jusqu'à l'hospitalisation en service spécialisé, puis de la transition en retour vers le médecin traitant au domicile, vers la structure de rééducation ou un hébergement dans le médico-social, de la prise en charge au domicile par les différents accompagnants. Il s'agit d'un long parcours chaotique.

Malgré la nécessité prônée depuis des décennies par le ministère de la santé d'articuler les systèmes de prise en charge du patient, de mobiliser les différents acteurs pour des parcours de santé sans rupture afin de mieux coordonner l'ensemble des prestations sanitaires, médico-sociales et sociales, afin de mieux répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, en priorité pour celles souffrant de pathologies chroniques, de poly-pathologies ou de perte d'autonomie, force est de constater que deux parcours bien dissociés continuent aujourd'hui de s'afficher :

- un parcours technique hospitalier qui délivre des soins de plus en plus complexes à un patient sur un plateau technique de plus en plus spécialisé,
- un parcours d'accompagnement médical et social soit au domicile, soit en établissement spécialisé d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou personnes handicapées.

Les deux systèmes restent par trop étanches.

La mise en place du Dossier Médical Partagé qui reste un outil d'échange d'informations ne pourra pas se substituer à une véritable politique de coordination des soins.

Ces ruptures sont renforcées par les crises que traversent actuellement ces différentes institutions. De nombreuses craintes et critiques ont été émises ces derniers mois sur la dégradation du système de santé. L'austérité et les réformes libérales ont

conduit à une dégradation sans précédent des conditions de travail des personnels de soin dans les établissements hospitaliers privés et publics comme dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou personnes handicapées.

« Cette crise est violente et multiforme : une crise d'efficacité, de financement, de gouvernance et de confiance. Certainement pas une crise de ressources, notre système n'en a jamais eu autant et c'est le paradoxe de la situation »².

2. Un système de soins hospitalier public exsangue

L'austérité et les réformes libérales ont conduit à une dégradation sans précédent des conditions de travail des personnels de soin, dans les établissements hospitaliers comme dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

À l'hôpital, les baisses de tarif hospitaliers alors que le nombre de séjours hospitaliers progresse chaque année conduisent les établissements à l'asphyxie budgétaire. Le déficit de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris génère une baisse des effectifs. Face à la dégradation de leurs conditions de travail, les soignants dénoncent *« une mue douloureuse de l'hôpital, un sentiment de lassitude et de souffrance »*³. Les médecins s'insurgent contre la « gouvernance toxique ». Épuisement, dépressions, suicide, moyens réduits pour raison de rentabilité, *« ce beau métier devient une galère »* disent les professionnels de santé.

Les médecins urgentistes dénoncent les pénuries de personnel, les services supprimés qui privent les malades de lits hospitaliers et les obligent à occuper des brancards pendant de longues demi-journées. La presse rapporte qu'à Lyon, en raison des personnels exaspérés en grève, les personnes âgées sont reçues dans les couloirs et reçoivent un plat unique au repas. Un nouveau site, créé par des médecins en colère, permet de compter chaque jour les patients obligés de passer la nuit dans les couloirs, dénommés « les couloirs de la honte des services d'urgences ».

La psychiatrie traverse une crise sans précédent marquée par une offre de soins déficitaire, hétérogène et incohérente. Des manquements graves ont également été relevés par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté en début d'année 2018 dans les unités de psychiatrie du CHU de Saint Étienne. Certains patients faisaient l'objet de pratiques jugées abusives de placement en chambre d'isolement ou de contention ne respectant pas les bonnes pratiques en la matière. Tout ceci est sous tendu par un déficit en personnel.

La souffrance avec ses conséquences sur l'épuisement et la dégradation de la santé des soignants devient une réelle inquiétude.

3. La sous médicalisation des EHPAD

La fin de l'année 2017 a vu émerger une crise profonde dans le fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Une étude de l'INSEE publiée le 5 juillet 2017 révélait un turn-over important des personnels soignants dans les Ehpads privés en France : *« le taux de départ moyen des*

² Frédéric BIZARD, *Politiques de santé. Réussir le changement*, éd. Dunod, septembre 2015.

³ Martin HIRSCH, *Le Monde*, 17/03/2018 à 10 : 08

*infirmiers est de 61 % et celui des aides-soignants s'élève à 68% »*⁴. Les causes sont identifiées : la dépendance croissante des résidents alourdit les charges de travail avec pour corollaire des aides-soignants usés par les cadences, des infirmiers qui dénoncent le manque de dignité des soins.

Les raisons de cette insécurité grandissante, d'une situation tendue pour mener un accompagnement efficace sont liées à un taux d'encadrement insuffisant par manque de budget. Alors que les besoins augmentent, ces établissements qui doivent assurer les fonctions essentielles d'autonomisation du malade et d'anticipation de la perte d'autonomie remplissent avec difficultés leurs missions face à la limitation des budgets, ceux arrêtés par l'Assurance Maladie qui concernent les soins et ceux des Départements via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui financent la dépendance.

Enfin, ici aussi le manque de ressources en médecin conduit à des déficits de présence médicale. S'agissant de la difficulté de recrutement de médecin coordonnateur, la commission des affaires sociales sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes indiquait le mercredi 13 septembre 2017 qu'un établissement sur trois n'en avait pas.

Conjugué à une disponibilité insuffisante du médecin généraliste traitant, ce déficit en temps médical conduit à un suivi insuffisant qui conduit à un transfert hospitalier en cas de problème de santé insuffisamment traité d'où l'encombrement des services d'accueil des urgences en cas d'épidémie hivernale de grippe⁵.

4. Les difficultés de la coordination

Le bon soin doit respecter l'unicité du patient, il doit transformer l'exercice médical ponctuel, trop souvent individuel, en pratiques de soins collaboratives inter et pluridisciplinaires, il doit se déporter en intégrant le personnel non médical, les partenaires des sciences humaines et les ingénieurs (médicaux).

Plusieurs raisons justifient la structuration pluridisciplinaire totale du réseau de soins. Arnaud François et Frédéric Worms⁶ ont écrit :

« La maladie est moment du vivant qui n'est plus comme un problème délimité, local, cantonné à la biologie ou à l'histoire des sciences, il traverse une vaste série de problématiques ».

La maladie est un moment multiforme qui demande d'associer les professionnels médicaux, socio-sanitaires et le patient dans les divers lieux de soins. Aucun acteur du dispositif médical ne peut répondre à lui tout seul aux attentes du patient et à ses proches. Prendre en compte la complexité de la situation de chaque patient nécessite de prévoir une réaction adaptée donnant accès à de multiples disciplines, coordonnées, dans un parcours qui va du diagnostic initial à la réhabilitation.

La coordination des soins est un concept à la mode dont les contours sont souvent flous. Chaque professionnel, chaque institution, pense que ses actions sont coordonnées avec les autres prestataires de soins.

Pourtant trop souvent le constat sur le terrain est tout autre

⁴ Cécile MARTIN et Méлина RAMOS-GORAND, *Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local et du salaire*, INSEE, économie et statistiques / economics and statistics, n° 493, 05/07/2017.

⁵ EHPAD : *Comment réduire les transferts évitables à l'hôpital ?* Journal of the American Geriatrics Society, 13 February 2018

⁶ Arnaud FRANÇOIS et Frédéric WORMS (dir.), *Le Moment du vivant*, PUF, coll. Philosophie française contemporaine.

« Cette situation est particulièrement inquiétante au moment où la maladie chronique, qui requiert la continuité des soins grâce à l'intervention coordonnée de tous les prestataires impliqués dans la prise en charge du patient, occupe une place de plus en plus importante dans le tableau épidémiologique⁷ ».

Les difficultés à coordonner les actions et les contributions de chaque prestataire de soin résulte des fragmentations que connaît notre système de santé.

La construction segmentée des dispositifs de soins est renforcée par le financement par catégorie des prestations.

Bien que dénoncée depuis des années par les politiques, une révision en profondeur des méthodes, des mécanismes et de l'organisation de notre modèle sanitaire avance à petit pas, chaque changement envisagé soulevant la résistance de chaque professionnel de santé qui s'arc-boute sur ses périmètres de compétence.

5. En route vers une réforme globale du système de santé ?

« L'hôpital n'est plus à la verticale de son temps » écrivait récemment Laurent Vercoestre,

« Ce n'est pas à l'hôpital que se joue notre santé. La technologie médicale nous fascine, nous lui prêtons des pouvoirs quasi magiques, mais quand il faudrait apprendre aux patients à mieux se nourrir, nous leur proposons le by-pass ».

En février 2018, le premier ministre et la ministre de la santé ont annoncé lors d'une conférence commune une « réforme globale du système de santé »⁸. Cette annonce intervient après plusieurs prises de positions très critiques de Mme Buzyn sur le fonctionnement actuel de l'offre de soins puisqu'elle considérait en décembre 2017 que *« Sur l'hôpital, nous sommes arrivés au bout d'un système »*.

Le chantier du lien entre médecine de ville, hôpital, médico-social et accompagnement psycho-social est à nouveau remis sur le tapis. Le gouvernement veut lancer des expérimentations sur plusieurs territoires qui pourront

« proposer des modèles d'organisation totalement nouveaux, qui prendront en charge la santé de toute une population, transcendant les clivages actuels ville/hôpital ».

Ces transformations requièrent une évolution des cultures professionnelles.

De fait, un certain nombre de germes de changement, préludes à une véritable mutation des organisations sont déjà identifiables :

- Les maisons de santé regroupant plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs se développent dans les territoires. On assiste, depuis 2008, au développement des pôles de santé et des maisons de santé pluri-professionnelles. Ces nouvelles structures ont été conçues pour répondre aux attentes des jeunes professionnels de santé libéraux qui sont censés y trouver un environnement adapté répondant mieux à leurs aspirations en matière de pratique. Elles permettent d'attirer et de maintenir des médecins en zones sous-dotées.
- L'infirmier en pratique avancée définie par la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé pourrait *« combler un déficit dans l'offre de soins, assurer des prises en charge complexes en particulier sur la coordination en médecine de proximité*

⁷ Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique, Rev. Med. Suisse, 2008, 4, 2034-9.

⁸ Le gouvernement promet une « réforme globale » pour le système de santé. Le Monde du 13/02/2018.

et/ou entre la ville et l'hôpital évitant ainsi des ré hospitalisations dramatiques et coûteuses » explique l'Ordre National des Infirmiers.

- Dans le cadre de regroupements, de maisons de santé, de pôles mais également d'équipes de soins primaires sans regroupement physique mais dans une logique pluri professionnelle, l'infirmier en pratique avancée de premier recours pourra assurer une coordination soignante et sociale, une consultation infirmière de première ligne, une consultation longue de suivi des pathologies chroniques, la prescription infirmière et un champ élargi de la vaccination sans prescription, l'éducation thérapeutique du patient et enfin, un accès plus rapide au médecin spécialiste.
- La participation des patients et des associations de patients aux évolutions de notre système de santé par le biais du développement des patients-experts, de la démocratie sanitaire, des comités territoriaux de santé, dès lors que ces instances ne se cantonneront pas à un rôle de chambre d'enregistrement de politiques sanitaires descendantes mais sauront faire réellement valoir leurs ambitions en matière d'organisation sanitaire nationale et locale.
- Les pharmaciens, acteurs de santé de proximité, au contact des patients, diversifient leurs missions et élargissent leur champ d'intervention. Le grand chamboulement en cours et à venir, c'est « *l'accompagnement plus personnalisé des malades pour les pharmaciens en officine* »⁹. Il quitte ses fonctions « d'exécutant d'une ordonnance ». On exige une prise en charge plus globale, on lui demande de faire de la prévention, de suivre de plus près le parcours du patient, de collaborer davantage avec les autres professionnels de santé. Deux régions expérimentent depuis octobre 2017, la vaccination des patients contre la grippe par les pharmaciens d'officine.

*« Face à l'évolution radicale de notre monde, conséquence d'une triple transition (démographique, épidémiologique et technologique), notre système de santé n'a pas d'autre choix que de structurellement s'adapter »*¹⁰.

Cette mutation devra se faire à marche forcée pour rester en phase avec les besoins et les attentes des patients.

REMERCIEMENTS

Pour l'apport bibliographique :
Journal « Le Monde » des années 2017 à 2019.
La Revue Médicale suisse.

À Jeanne SANCHEZ, documentaliste,
À Jean-Paul GUYONNET, médecin inspecteur de santé publique, pour son aide précieuse et ses apports dans la rédaction de ce document,

Notre peine au décès de monsieur le professeur Guy DELANDE, notre ami, à qui l'on avait confié la charge de traiter le « volet économique » de ces écrits communs.

⁹ *Les études de pharmacie se mettent à la page*. Le Monde, mercredi 31 janvier 2018.

¹⁰ Frédéric BIZARD, *Politique de santé : réussir le changement*, 2015, Collection : Santé Social, Éditeur : Dunod.