

Journée d'étude « Evaluation des politiques publiques et coordination des soins »

6 janvier 2015, 9h – 17h30, Sciences Po

Compte-rendu des débats



Compte-rendu rédigé par **Agnès Thibaud de la Rochethulon**.

Journée d'étude organisée en collaboration par **Daniel Benamouzig**, co-dir. de l'axe « Politiques de santé » du LIEPP (CNRS, Sciences Po), **Henri Bergeron**, co-dir. de l'axe « Politiques de santé » du LIEPP (CNRS, Sciences Po), **Marie-Aline Bloch** (Professeure de l'EHESP), **Dr. Yann Bourgueil** (Directeur de l'IRDES) et **Léonie Hénaut** (CNRS, Sciences Po), et **Chloé Touzet** (LIEPP, Sciences Po).

Évaluation des politiques publiques et coordination des soins

Introduction – Daniel Benamouzig

L'enjeu de la coordination des soins est une question débattue, qui a déjà fait l'objet de plusieurs évaluations. C'est un sujet d'actualité, et une source d'incertitudes. L'objectif de cette journée d'étude est tout d'abord d'établir un état des lieux sur la coordination telle qu'elle existe aujourd'hui et telle qu'elle est envisagée dans la Stratégie Nationale de Santé. Il s'agit ensuite de réfléchir aux leviers qui permettent de progresser sur ces questions : il y a des leviers de nature financière, des leviers en matière de ressources humaines. Dans un troisième temps, on part du constat qu'il n'y a pas encore de modèle généralisé en matière de coordination, on s'interroge alors sur le potentiel développement de modèles de coordination par les acteurs qui interviennent dans le domaine des technologies. Existe-t-il ou non des leviers industriels en matière de coordination des soins ? Et si oui de quelle nature peuvent-ils être ? Comment peuvent-ils s'articuler à d'autres leviers identifiés ?

Pour répondre à ces questions, ou du moins contribuer à les éclairer à partir de points de vue divers, à la fois ceux de praticiens et ceux d'experts académiques, ceux de spécialistes en sociologie et ceux d'économistes en particulier, nous allons procéder en plusieurs temps, en laissant une large place aux échanges entre participants et avec le public. Après une introduction aux enjeux de la coordination à partir d'un modèle sociologique et des éléments plus politiques et administratifs, relatifs à la Stratégie nationale de santé, nous approfondirons la question des leviers financiers à partir d'une évaluation réalisée par l'IRDES et d'éléments plus théoriques. Nous reviendrons cet après midi sur les questions d'organisation, à travers l'importance des ressources humaines et des compétences indispensables au développement de la coordination, d'une part, et à travers les expériences de plusieurs types d'industriels, rapprochant leurs différents « métiers » des problématiques de coordination, sur lesquelles ils travaillent, souvent depuis longtemps.

1^{ère} partie - Présentation des enjeux de la coordination

Patrick Castel – Coopération et coordination des acteurs des soins : un regard sociologique

Les recherches d'Henri Bergeron et Patrick Castel, présentées par ce dernier, s'intéressent au modèle français d'organisation des soins, qui se caractérise encore, malgré les réformes des dernières décennies, par une large autonomie des professionnels dans l'adressage des patients et par une relative liberté de circulation des patients. Ces recherches ont été conduites dans les domaines du cancer, de l'alcoologie et de la toxicologie. Elles les ont conduits à proposer un modèle d'analyse des logiques présidant à la formation des réseaux (informels) de soins.

I/ Le cadre d'analyse et ses limites

Henri Bergeron et Patrick Castel ont noté une certaine stabilité des relations entre professionnels de la prise en charge ; sur les divers terrains, ils ont constaté que les professionnels avaient des partenaires privilégiés (appelés fréquemment correspondants ou référents) dans la prise en charge de leurs patients.

La nature de ces relations est fonction de deux éléments:

- L'adressage d'une part, qui désigne la pratique par laquelle le patient est confié par son médecin à un autre médecin.
- La qualité de la coordination pendant la prise en charge, telle que ressentie par les professionnels, d'autre part.

Cependant, certaines relations peuvent s'installer dans la durée entre professionnels, quand bien même certain.es auraient l'impression que celles-ci ne sont pas tout à fait satisfaisantes – et qu'ils ou elles la subissent.

Ainsi, cette stabilité dans les relations entre professionnels de santé ne se réduit pas à la seule analyse des compatibilités et incompatibilités qui peuvent exister

- entre cultures professionnelles (par exemple dans le cas des spécialités médicales)
- ou entre conceptions thérapeutiques. Par exemple, dans le cas du cancer, certains médecins ont une approche par pathologie, alors que d'autres ont une approche par organe ; pourtant, ces professionnels collaborent, alors qu'ils n'envisagent pas la maladie de la même manière.
- ou encore entre cultures organisationnelles ou institutionnelles opposées. Dans la cancérologie, si on observe des tensions fréquentes entre les centres de lutte contre le cancer et les CHU, cela n'empêche pas que, sur certains types de cancer, des filières de coordination puissent se nouer entre professionnels des deux structures.

Ainsi, Bergeron et Castel proposent de porter également une attention particulière aux relations d'interdépendance qui caractérisent les acteurs dans le cadre de leur activité et qui peuvent agir comme des leviers en matière de coordination.

Leur cadre d'analyse n'épuise cependant pas les explications sur les raisons qui conduisent les professionnels à former ces réseaux informels de coordination. D'une part, le cadre d'analyse est particulier au système de médecine libéral français, où il règne une relative liberté de circulation des patients (malgré l'instauration du système du médecin traitant), et donc une liberté d'orientation des patients par les médecins. Cela n'est pas le cas aux Etats-Unis par exemple, où le patient dispose d'une liberté de circulation plus limitée dans le cadre du système des HMO (*Health Maintenance Organizations*). D'autre part, l'analyse met l'accent sur les relations entre professionnels, alors que la sociologie de la santé a montré que le patient était un individu-clé dans la coordination. Une relation traditionnellement bonne entre deux médecins peut se détériorer en raison de l'attitude d'un patient. Réciproquement, on constate également des phénomènes de mises en relations de professionnels grâce à un patient. Néanmoins, Bergeron et Castel estiment que, si la prise en compte du patient dans ce modèle serait susceptible de le complexifier, il ne le remettrait pas fondamentalement en cause : s'il faut admettre que les patients peuvent sur le court terme modifier les relations entre professionnels, leur modèle d'analyse donne des clés pour comprendre comment les relations se stabilisent ou se rompent durablement.

II/ Un cadre d'analyse des déterminants de la coordination en système libéral centré sur les relations entre professionnels

La coopération et la coordination reposent sur deux grandes composantes :

Un adressage approprié

Les travaux en sciences sociales ont bien mis en évidence le fait que les professionnels sont à la recherche du « bon patient », celui qu'ils jugent conforme à leurs attentes. Dès lors, la conformité de l'adressage aux attentes du professionnel ont des répercussions sur les relations avec ses pairs. Il apparaît que les professionnels ont ce souci de construction de réseaux de correspondants qui vont sélectionner en amont et leur adresser les « bons patients ».

Un appariement entre des professionnels qui ont des engagements compatibles.

Le professionnel, en fonction des situations cliniques, va agir plutôt comme un acteur « captant » ou plutôt comme un acteur « ponctuel ».

- S'engager comme « captant » signifie vouloir assumer l'ensemble des décisions structurant l'itinéraire thérapeutique et suivre le patient tout au long de sa maladie.
- S'engager comme « ponctuel » signifie articuler son activité à celle d'un captant, en concevant son intervention comme limitée dans le temps.

Les professionnels doivent dès lors s'apparier avec d'autres ayant des logiques compatibles et complémentaires dans la chaîne thérapeutique. Henri Bergeron a observé des unités d'alcoologie qui n'ont pas les moyens de faire les traitements au long-cours et vont confier l'étape du sevrage physique à des associations, par exemple. Ce mode d'engagement ponctuel permet aux unités d'alcoologie de libérer des ressources et de se concentrer sur les étapes les plus importantes du traitement médical.

Patrick Castel souligne qu'il n'y a pas des catégories réifiées. Ces modes d'engagements vont évoluer chez un professionnel en fonction des compétences qu'il va acquérir et des relations nouées au cours du temps. Ils varient aussi pour un même professionnel en fonction du type de patients et de son interlocuteur ; un professionnel va privilégier un engagement captant avec tels types de patients et/ou tels types de correspondants et un engagement ponctuel avec tels autres types de patients et/ou tels autres types de correspondants.

III/ Les enjeux

La coordination sans heurts se réalise donc quand se combinent des engagements ponctuels et un engagement captant. Au contraire, certains territoires peuvent être particulièrement conflictuels dans le cas où plusieurs professionnels captants ou plusieurs professionnels « ponctuels », sans professionnel captant, sont obligés de coopérer entre eux. Ainsi, la logique de constitution des réseaux informels de coordination des soins repose sur la constitution de filières captant-non captants. Les captants tendent à confier leurs patients à des professionnels ou organisations qui ne les capteront pas. Les réseaux tendent à se stabiliser entre les médecins qui assurent un « retour à l'envoyeur », c'est à dire qui s'adressent mutuellement des patients. Ces filières sont souvent cloisonnées et relativement hermétiques les unes aux autres. Les évolutions au sein de ces réseaux peuvent être impulsées par le fait que des non-captants ne se satisfont plus de ce mode d'engagement et veulent devenir captant, ou à l'inverse, par le

fait que des captants souhaitent faire évoluer leur pratique vers des interventions plus ponctuelles.

La question de la captation est cruciale dans la coordination entre établissements de santé et entre la ville et l'hôpital. En effet, dans ce second cas, le médecin généraliste peut refuser d'être le simple « prestataire de services » de l'hôpital. Plus généralement, cette stabilisation des réseaux informels de soins est une raison pour laquelle la politique qui consiste à créer, de façon volontariste, des réseaux de professionnels n'a connu qu'une réussite relative. Dans le cas où es réseaux se sont effectivement constitués, on peut supposer qu'il s'agit de l'actualisation d'appariements qui existaient déjà de façon informelle ; dans d'autres cas, les réseaux imposés de l'extérieur sont susceptibles de rester des coquilles vides, car elles ne permettront pas un « bon » appariement (au sens des professionnels).

Ces observations permettent aussi de formuler des hypothèses, autres que celles habituellement émises, sur les déterminants du « nomadisme médical ». Ce dernier peut être la conséquence de réseaux difficilement solidifiés, au sein desquels les patients sont ballottés entre professionnels, faute d'engagements compatibles entre eux.

Pour aller plus loin :

- Bergeron H. (2003), Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions, OFDT (rapports de recherche), Paris.
- Bergeron H. et Castel P. (2010), « Captation, appariement, réseau », Sociologie du travail 52 (4), 441-460.
- Castel P. (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs », RFS 46 (3), 443-467.

Gilles Duhamel – Coordination des soins et politiques publiques : de nouveaux modes d'exercice en médecine libérale ? Retour sur la Stratégie Nationale de Santé (SNS)

Gilles Duhamel souhaite dans son intervention présenter les enjeux de la coordination de la prise en charge des patients, particulièrement ceux liés au vieillissement de la population et aux maladies chroniques. Aujourd'hui, on doit parfois faire face à des ruptures de prise en charge. Dès lors, la figure du patient doit être au centre des politiques publiques, alors qu'aujourd'hui, trop souvent, c'est le malade qui coordonne le médecin, au lieu de l'inverse.

Les deux enjeux majeurs de la coordination des soins sont exposés :

- Dans le cas des maladies chroniques, il serait souhaitable que les acteurs adoptent une attitude proactive, et non réactive, alors que le système s'organise depuis longtemps selon une approche de prestations à la demande, essentiellement ponctuelles.
- Un deuxième enjeu pour les professionnels est d'adopter une approche territoriale et populationnelle, au lieu de se limiter à fournir des prestations individuelles. Cependant, ce changement se heurte à de fortes réticences.

La médecine de premier recours est considérée comme prioritaire par les pouvoirs publics. Pourtant, il subsiste d'importantes lacunes dans la coordination, dans la tenue du dossier, dans l'information sur les résultats, dans les revues annuelles de traitement, et dans l'intérêt porté par le professionnel au patient en dehors des consultations.

Dans ce contexte, on peut attendre d'une approche de travail pluri-professionnelle qu'elle permette non seulement la structuration d'une prise en charge dans le cadre d'un premier recours, mais aussi un travail collectif sur l'organisation méthodologique du travail, ainsi que la participation éventuelle d'une équipe à un travail de formation ou de recherche. L'idéal serait d'imaginer la même translation sur le territoire, avec un intérêt porté à la prévention, à l'éducation thérapeutique, au suivi des maladies chroniques, du dépistage... Ce travail serait réalisé en lien avec l'hôpital, avec notamment des interventions préventives afin d'éviter les ré-hospitalisations. Les travailleurs sociaux, les institutions médico-sociales et en santé mentale sont également appelés à jouer un rôle important dans cette approche territoriale.

De ce point de vue, que peut-on attendre de l'intervention publique, et en particulier de la Stratégie Nationale de Santé ?

L'enjeu est d'avoir une approche globale des politiques publiques qui soit compatible avec la réalité des situations diverses. On ne pourra faire l'économie du développement de la recherche en santé publique, tant les données restent aujourd'hui insuffisantes pour mener une stratégie globale de réforme.

Tout d'abord, la question de la gouvernance est primordiale : jusqu'où peut-on aller dans la subsidiarité régionale ? Jusqu'à quand prolonger un pilotage national bicéphale ?

Une stratégie globale de réforme implique de rénover la culture administrative:

- Passer d'une logique de structures et de moyens cloisonnée à une logique de services rendus.
- Fonctionner en mode « conduite de projets ».

Les systèmes d'information constituent un enjeu de taille. En premier lieu, l'information publique doit permettre de rendre le patient mieux informé et plus participatif. Deuxièmement, le partage de l'information entre professionnels est à améliorer : Gilles Duhamel s'étonne ainsi des lenteurs que peut connaître le déploiement des messageries sécurisées entre professionnels.

La dimension financière est également à prendre en compte. Aujourd'hui, le mode de rémunération est désincitatif pour la coordination entre professionnels. Des expérimentations ont eu lieu à l'étranger sur le financement par épisodes de soins, ou le financement par performance territoriale (aux Etats-Unis).

Cette première partie consacrée à la présentation des enjeux a permis de mettre en exergue les deux échelles d'analyse, avec d'un côté, l'échelle globale de la stratégie nationale de santé et de l'autre, les interactions entre professionnels à l'échelle du terrain.

Questions et réactions

1/ La notion de « bon patient » ne mène-t-elle pas à l'exclusion de certains patients ?

Patrick Castel répond que cette notion de « bon patient » implique en effet que certains professionnels considèrent certains patients comme « moins intéressants ». Il s'agit là d'un enjeu de taille du point de vue de la coordination, pour la formation de ces réseaux de professionnels : sur un même territoire, une même personne pourra être un « bon patient » pour certains professionnels, tandis que d'autres ne voudront pas s'y intéresser. Il faut faire en sorte que chacun puisse être un « bon patient » aux yeux d'un professionnel. Patrick Castel a pu observer des initiatives intéressantes lors de ses recherches. Ainsi en Lorraine, le réseau Oncolor (réseau régional de cancérologie en Lorraine) travaille sur un guide de bonnes pratiques. Ces discussions, qui sont censées aboutir à la rédaction de ces guides, permettent aussi aux professionnels de comprendre quels sont les centres d'intérêt des autres professionnels, quels sont les modes d'engagement souhaités en fonction de tels cancers et comment ces différents intérêts et engagements peuvent éventuellement se réarticuler. Ainsi, certains professionnels ont pu découvrir que tels pairs ne souhaitaient pas nécessairement avoir un engagement captant sur tels types de cancer et qu'il était dès lors possible de travailler avec eux. En somme, ces réunions du réseau (formel) ont été des lieux d'apprentissage, au cours desquels de nouveaux réseaux (informels) de prise en charge ont pu se développer. Au contraire, sur des cas en onco-gériatrie à Lyon, certains patients en fin de vie, avec de multiples pathologies, étaient jugés peu intéressants par les gériatres, qui s'en plaignaient, car ils auraient souhaité être intégrés plus tôt dans la prise en charge.

2/ Les pratiques d'adressage ne sont pas spécifiques à l'exercice libéral, on les retrouve à l'hôpital. Dès lors, que changerait une modification du cadre de l'exercice libéral sur ces pratiques ?

Patrick Castel précise en effet qu'il ne faut pas entendre « libéral », ici, au sens de secteur privé (lucratif) – même si, en cancérologie, une partie importante de la prise en charge se déroule dans le secteur privé. Ce modèle d'analyse a été développé en étudiant des « libéraux », des salariés du privé, des fonctionnaires du public. Le terme « libéral » utilisé dans le titre de la session renvoyait à la relative liberté de circulation des patients, et donc d'adressage. Gilles Duhamel note qu'une opposition systématique entre le libéral et le public n'est pas forcément pertinente, et que l'on essaye aujourd'hui d'imaginer des systèmes d'exercice plus mixtes. Pour Patrick Castel, s'il peut y avoir des oppositions institutionnelles entre secteurs, les coopérations se font et se défont à l'échelle locale. Et l'on peut observer, ici, de solides collaborations entre professionnels du secteur public et du secteur privé et, là, des relations détestables entre professionnels d'un même secteur – voire même au sein du même établissement.

3/ Comment résoudre les conflits qui surviennent entre les captants ?

Patrick Castel estime qu'il faut trouver des modalités et des dispositifs pour gérer ces tensions entre les captants (par exemple entre le médecin généraliste et l'hôpital) : c'est le sens de la surveillance alternée, par exemple, qui tente d'équilibrer les relations.

Pour Marie-Aline Bloch, la captation correspond également à un manque de diffusion de la « pédagogie du doute ». Certains professionnels n'ont pas conscience qu'il faudrait faire appel plus systématiquement à l'avis d'un autre professionnel. En conséquence, ils « gardent » le patient pour eux. On retrouve aussi cela au niveau de l'hôpital, entre les services, avec des cas

de personnes âgées qui sont restées en médecine interne, alors qu'elles auraient dû aller en gériatrie, car le réflexe de faire appel à un autre service n'est pas présent.

5/ Quel est l'impact de la T2A sur les phénomènes décrits par Patrick Castel ?

Les travaux de Patrick Castel se sont terminés aux tout débuts de la T2A, mais il a noté un résultat inquiétant : la mise en place de la T2A avait tendance à accentuer l'idée que les patients âgés atteints de poly-pathologies étaient de « mauvais patients », car susceptibles de trajectoires imprévues et donc « coûteuses ».

2^{ème} partie - Incitations économiques et modèles de financement

Lise Rochaix – Évaluation des politiques publiques et coordination des soins

L'intervention de Lise Rochaix vise à faire le point sur les leviers de transformation que constituent les incitations financières et à analyser les questions soulevées par l'enjeu de la généralisation d'expérimentations.

Lise Rochaix rappelle qu'il n'existe pas de système de rémunération qui soit neutre sur la pratique médicale : un mode de rémunération comprend implicitement ou explicitement des formes d'incitations.

On distingue traditionnellement les motivations intrinsèques (par exemple, la satisfaction du patient dans le cas des professionnels de santé) et les motivations extrinsèques (en l'occurrence, les incitations financières). Chaque individu accorde une place plus ou moins importante aux motivations intrinsèques par rapport aux motivations extrinsèques. Les incitations financières vont donc toucher différemment les individus selon l'importance attachée aux motivations extrinsèques.

Les économistes reconnaissent depuis longtemps que les incitations financières sont à double tranchant. Certes, les incitations financières permettent d'inciter les agents à l'effort. Mais elles ont des effets différenciés selon les individus : pour certains, elles sont indispensables (dans le cas où les motivations intrinsèques sont faibles), pour d'autres elles sont contreproductives (dans le cas de fortes motivations intrinsèques). Or, dans la santé, les motivations intrinsèques sont fortes... Il faut donc se poser la question de l'enjeu de la mise en place d'incitations dans le secteur.

I/ L'évaluation globale du paiement à la performance (P4P) par l'OMS (2014)

Le paiement à la performance est l'une des modalités possibles d'incitations financières. L'évaluation globale du P4P par l'OMS, réalisée en 2014, a permis de mettre en avant :

- des résultats positifs mais modestes pour la gestion des pathologies chroniques ;
- des résultats limités pour le « process » des soins hospitaliers ;
- des retombées positives sur la production et l'utilisation des données ;
- une meilleure capacité à se centrer sur les objectifs du système de santé et à rendre des comptes¹.

Malgré ce bilan mitigé de l'OMS, tous les pays sont aujourd'hui engagés dans une démarche de mise en place de modes de rémunération mixtes, incluant une partie invariante au résultat et une partie variable, sous différentes formes et il faut continuer à chercher, dans un proces-

¹ La conclusion de l'étude indique que "P4P did not lead to "breakthrough" performance improvements in any of the programmes. Most of the programmes did, however, contribute to a greater focus on health system objectives, better generation and use of information, more accountability, and in some cases a more productive dialogue between health purchasers and providers." Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson (eds), *Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2014

sus de tâtonnement, la bonne façon de définir des incitations, qu'elles soient financières ou autres.

Les objectifs sur lesquels portent les incitations et l'importance de l'incitation varient selon les pays et leurs situations initiales. Ainsi, le concept de « degré d'incitation » permet de rendre compte de l'importance donnée à l'incitation (la partie variable, fonction du résultat) par rapport à la modalité de la rémunération qui est fixe.

De plus, tous les schémas de rémunération font l'objet de *gaming*, c'est à dire de comportements stratégiques de contournement. Or les effets de ces comportements sont difficiles être à anticiper. C'est la raison pour laquelle il faut procéder par tâtonnement pour aller progressivement un système de rémunération plus juste.

A l'hôpital, où le travail en équipe est considérablement plus important qu'en ville, on est confronté au dilemme suivant :

- soit on met en œuvre des incitations individuelles qui risquent de réduire la coopération entre les membres de l'équipe ;
- soit on met en œuvre des incitations financières qui ne porteraient que sur l'équipe (avec un risque de phénomène du « passager clandestin », ou *free riding*).

Afin d'aboutir à un système respectueux des missions premières des professionnels de santé, certaines conditions sont nécessaires. Parmi celles-ci, Lise Rochaix évoque :

- la co-construction des schémas de rémunération incitative avec les professionnels ;
- la nécessité d'explicitier *ex ante* les conditions de partage des gains de productivité générés ;
- la mise en place des mécanismes visant à empêcher la sélection ou la substitution vers des activités moins productrices de santé du point de vue de la population ;
- le choix d'incitations portant sur l'équipe en priorité ;
- le choix de niveaux d'incitation faibles mais sur plusieurs objectifs-cible ;
- la combinaison d'incitations financières et non financières.

II/ L'évaluation économique des politiques publiques

L'évaluation économique des politiques publiques conduit à s'interroger sur le bon usage des financements publics. Elle repose sur le principe du « coût d'opportunité ». Elle implique donc la mise en regard des coûts (directs et indirects) et des bénéfices associés. Cela suppose également de ramener les bénéfices futurs à leur valeur d'aujourd'hui (c'est à dire d'actualiser les bénéfices) car on a tendance à minimiser les bénéfices futurs.

L'évaluation économique des politiques publiques recourt à des expérimentations et des micro-simulations.

Le calcul socio-économique se développe dans tous les domaines de l'action publique : c'est l'équivalent du calcul médico-économique. Le décret de décembre 2013 rend obligatoire les études de type calcul socio-économique pour les gros projets d'investissement financés par l'Etat et c'est le rôle du Commissariat Général à l'investissement que d'encourager ces études et de veiller à leur qualité.

Enfin, l'évaluation économique des politiques publiques implique de conditionner la généralisation d'une intervention (ou expérimentation) à l'obtention de résultats prédéfinis (économies attendues, amélioration de la qualité, sécurité, etc.).

Julien Mousquès – L'évaluation quantitative des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (Enmr) en France

L'objectif de Julien Mousquès est de présenter les résultats d'une évaluation quantitative des Enmr. Il s'agit de voir en quoi la structure des modes de rémunération peut favoriser la coordination et la coopération dans le cadre de regroupements pluri-professionnels en maisons, pôles et centres de santé.

C'est l'Etat, avec l'Assurance Maladie, qui a entrepris en 2008 de mettre en place une expérimentation de paiement forfaitaire qu'on appelle les Enmr.

L'objectif de l'évaluation du regroupement sous les trois formes précitées dans le cadre du premier recours est associé à un objectif d'évaluation secondaire de l'impact d'une politique spécifique d'attribution de forfait complémentaire à la rémunération de l'activité de ce type de structures.

I/ Regroupements pluri-professionnels en soins de premier recours

Un facteur qui explique l'absence de coordination a été identifié dans l'analyse des politiques de santé : il s'agit de la faiblesse de l'exercice des soins primaires qui nécessite une prise en charge non plus spécifique, mais globale (voire populationnelle).

Dans ce cadre-là, le regroupement pluri-professionnel en soins de premier recours apparaît comme un modèle innovant en France. Les structures regroupent principalement trois grandes professions dans le champ du premier recours : médecins généralistes, infirmiers, et parfois kinésithérapeutes. On peut également y trouver d'autres professionnels paramédicaux, mais on y voit rarement d'autres spécialités médicales.

Ce modèle se développe en France à une vitesse exponentielle. En 2006, on recensait une dizaine de maisons de santé pluri-professionnelles. Aujourd'hui, on compte plus de 500 structures sur tout le territoire. On estime à 60-65% la proportion de médecins généralistes qui exercent en groupe, mais la plupart du temps, c'est entre médecins généralistes, et dans des groupes de petite taille (2-3 médecins généralistes).

Cette forme de regroupement est accompagnée par un mouvement professionnel. Elle est portée par des fédérations (FFMPS, FNCS) qui ont des positions sur l'intérêt de cette forme de regroupement. Elle est accompagnée également par des politiques publiques avec une reconnaissance de cette forme particulière de regroupement, définie comme comprenant une offre centrée sur les soins de premiers recours, pluri-professionnelle, avec un projet de santé pour une population sur un territoire.

Cette politique s'appuie sur deux grands types de leviers :

- Des leviers financiers qui ont été définis autour de 3 acteurs :

- l'Assurance Maladie dans le cadre des fonds FIR (Fonds d'Intervention Régionaux), anciennement Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).
- L'Etat, et plus particulièrement les régions, qui ont mis en place des programmes de cofinancement de l'investissement pour du bâti ou de l'informatisation, avec par exemple le Plan national de cofinancement de la création de 250 maisons de santé pluri-professionnelles.
- Parallèlement, des leviers non financiers :
 - Un protocole de coopération entre professionnels : le protocole Asalée.
 - Un dispositif juridique particulier créé par la loi Fourcade (Sisa), qui permet la structuration juridique de ces regroupements.
 - L'informatisation des dossiers médicaux et la possibilité de partager l'information entre les professionnels, avec la labélisation de logiciel de dossiers médicaux partagés et pluri-professionnels (loi Fourcade)

II/ Les Enmr et la forfaitisation

Les Enmr permettent d'instaurer un forfait qui vise à compléter l'acte, afin de financer le travail en équipe. Il y a trois forfaits, qui correspondent à trois modules :

- Module 1 : module coordination (7,6 M€ en 2013, 50K€/site),
- Module 2 : nouveaux services aux patients, éducation thérapeutique (950k€)
- Module 3 : la coopération (qui est en train de débiter).

Sur le module principal (le module coordination), il s'agit d'un forfait de 50.000€ en moyenne sur une année, par site. Cela représente environ 5% du chiffre d'affaires des médecins généralistes. On est donc face à une logique forfaitaire, qui reste un complément modeste par rapport à la rémunération principale (la rémunération à l'acte).

III/ Les enjeux de l'évaluation

L'évaluation permet de mesurer les bénéfices de la coordination et de la coopération. Il ne sera question ici que de la coordination entre professionnels libéraux de premier recours. Il faut voir si dans ce type de structure, il y a un « adressage » aux spécialistes qui est différent de ce qu'on observe de manière générale. Il est également question de la réduction des coûts d'échanges d'information.

L'objectif est de minimiser ces coûts et d'avoir une prise en charge à qualité équivalente et moins coûteuse. On se concentre donc ici sur la partie quantitative, et donc sur l'efficacité productive. Il y a plusieurs dimensions :

- La taille de la patientèle et le nombre d'actes délivrés représentent un enjeu de taille dans un contexte où la ressource humaine en soins primaires connaît une phase de diminution. *Les modes d'organisation permettent-ils de prendre en charge plus de patients (à qualité équivalente) ?*
- La question de l'efficacité allocative : au regard des ressources qui sont mobilisées, *la structure de la dépense en ambulatoire est-elle modifiée, à qualité égale ?*

La comparaison est réalisée avec des médecins généralistes témoins exerçant isolément.

IV/ Les résultats

Effizienz et qualité des soins

- Pour la qualité des soins : on observe une équivalence des résultats ou des pratiques meilleures, que l'on mesure notamment à partir d'indicateurs mobilisés dans la politique de la ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique). Il apparaît ainsi que le suivi des patients diabétiques est meilleur, et que la vaccination, le dépistage et la prévention du risque iatrogénique progressent légèrement.
- Sur l'hospitalisation. Il n'y a pas d'impact des Enmr sur les « hospitalisations évitables ».

Effizienz productive

L'effizienz productive dépend largement de l'intégration des structures. En effet, plus les structures sont intégrées, plus les résultats sont positifs sur l'ensemble des indicateurs évoqués. Julien Mousquès note que le concept de productivité se rapproche plus d'une logique de population que d'une logique de clientèle et d'actes délivrés. Ainsi, les populations couvertes sont plus importantes.

Effizienz allocative

On observe notamment une économie sur la dépense ambulatoire pour une série de recours spécialisés. Si les structures sont bien organisées, elles peuvent probablement capter une partie de la demande. C'est le cas des spécialités suivantes : endocrinologie, dermatologie, gynécologie médicale, cardiologie, oto-rhino-laryngologie et rhumatologie. Les économies sont comprises entre -0,4% pour les structures les moins intégrées et -2,3% pour les plus intégrées.

Le rapport entre les forfaits distribués auprès des sites et les économies potentiellement générées sur la dépense ambulatoire montre un résultat en faveur de l'exercice regroupé pour les structures les plus intégrées.

Il demeure trois questions en matière d'incitations économiques :

- Celle du passage de l'expérimentation à la généralisation. Julien Mousquès rappelle ainsi l'échec de la sortie du cadre expérimental par la négociation d'un accord cadre interprofessionnel. Un règlement arbitral est en cours.
- Celle de l'incitation trop modeste pour espérer un impact.
- Celle de l'équilibre entre la place de la rémunération à l'acte et le forfait. La mixité de la rémunération est insuffisante.

Pour aller plus loin :

[L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération \(ENMR\) sur la période 2009-2012](#)
[Mousquès J., Bourgueil Y.](#) Avec les contributions de [Afrite A.](#), [Cartier T.](#), [Chevallard C.](#),
[Couralet P.-E.](#), [Daniel F.](#) et [Lucas-Gabrielli V.](#)
Rapport Irdes n° 559, 2014/12, 154 pages.

Cécile Fournier – L'évaluation qualitative des Enmr

Cécile Fournier s'est intéressée aux dynamiques pluri-professionnelles et aux formes de travail pluri-professionnel dans les maisons et pôle de santé bénéficiant de financements collectifs. L'objectif était de répondre à plusieurs questions :

- Quelles sont les attentes et les dynamiques d'engagement des professionnels dans l'exercice regroupé en maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ?
- Quelles formes prennent ces pratiques pluri-professionnelles ou « coordonnées » ?
- Quelles sont les conditions d'émergence de ces pratiques, leurs modalités de développement, les outils et instruments mobilisés ?
- Quel rôle jouent les incitations économiques ?

Le travail mené par Cécile Fournier avec Marie-Odile Frattini et Michel Naiditch consistait en une recherche qualitative exploratoire, articulée avec l'évaluation quantitative des ENMR pilotée par l'IRDES à toutes les étapes (élaboration du protocole, sélection des sites et analyse des données). Les données ont été recueillies entre mai et septembre 2013, à travers des entretiens menés auprès des pilotes nationaux de l'expérimentation, auprès des représentants régionaux en charge de l'exercice regroupé et directement auprès des professionnels exerçant dans quatre maisons de santé pluri-professionnelles. A ce dernier niveau, il s'agissait de visites sur sites qui duraient entre 2 et 3 jours, permettant de réaliser des entretiens individuels et collectifs avec tous les professionnels de la structure.

I/ Les caractéristiques des structures choisies

Les quatre sites sélectionnés ont chacun une histoire et une dynamique particulière. Il y avait deux maisons de santé pluri-professionnelles (sites uniques), une maison/pôle (avec un site principal, et un site secondaire) et un pôle de santé (comprenant 9 sites distincts sur 3 communes).

Deux regroupements étaient anciens (1975 et 1976), tandis que les deux autres étaient récents (2007 et 2011). On y observait des dynamiques de regroupement contrastées :

- chez les « anciens », une dynamique constituée autour de projets de santé publique d'un côté et une dynamique d'exercice en cabinet pluri-professionnel de l'autre ;
- chez les récents, une dynamique d'alliance avec l'hôpital local d'un côté, et une dynamique née d'un projet immobilier élargi grâce à la possibilité d'obtention de NMR (nouveaux modes de rémunération).

Deux regroupements sont situés en zones urbaines défavorisées, et deux en zones semi-rurales non défavorisées. Ces territoires ont en commun un début de pénurie médicale.

Les quatre sites regroupaient de 7 à 28 professionnels de santé, issus de 3 à 8 professions différentes, auxquels s'ajoutent des secrétaires et dans une des structures, un coordinateur à mi-temps.

Ces structures disposent du forfait NMR :

- Forfait 1 « coordination » tout seul dans deux des cas.
- Forfait 1 « coordination » + forfait 2 « éducation thérapeutique » dans deux des cas

II/ Les résultats

Formes d'engagement dans l'exercice regroupé et dans le travail pluri-professionnel

Qui s'engage dans ce type d'exercice ?

Les promoteurs des maisons, qui sont tous des médecins généralistes parfois associés à des paramédicaux, se trouvent dans des « positionnements frontière » variés entre l'exercice clinique, la gestion de la MSP, l'engagement dans la formation continue, parfois dans la recherche. On peut considérer comme l'a fait Lise Monneraud en étudiant les divers promoteurs des nouvelles pratiques médicales, qu'ils sont engagés dans un « nouveau type de sacerdoce » (Monneraud, 2011), qui ne repose plus seulement sur le dévouement à l'activité clinique, mais également sur un engagement fort dans la rénovation de l'organisation des soins primaires.

A côté de ces promoteurs, on trouve des collaborateurs ayant des attentes variées. Certains entrent dans la maison de santé un peu par hasard. Leur engagement varie selon un arbitrage travail/loisirs, ou vie professionnelle/vie privée et selon le type d'exercice souhaité. A cet égard, un médecin promoteur d'une des maisons de santé visitées évoquait la dichotomie entre « bâtisseurs » et « consommateurs de la pluri-professionnalité ». Ces derniers sont plutôt de jeunes professionnels qui n'ont pas obligatoirement envie de porter la construction et l'animation de la vie collective, et souhaitent simplement profiter d'une forme d'exercice collectif déjà construite et qui leur convient.

Quelles attentes vis-à-vis de l'exercice regroupé et du travail pluri-professionnel ?

Les professionnels interrogés sur les raisons qui ont présidé à leur regroupement évoquent toujours un élément déclencheur, correspondant à une insatisfaction vis-à-vis de leur pratique et à une dégradation de leurs conditions de travail (mais jamais un incitatif financier). Certains aspects de la pluri-professionnalité représentent pour eux à la fois des conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et des objectifs d'amélioration de leurs conditions de travail. Il s'agit notamment d'une meilleure connaissance mutuelle et de relations moins hiérarchiques, de la possibilité d'une communication directe entre professionnels et d'une coordination interprofessionnelle facilitée par des interpellations réciproques, l'échange d'avis, ou encore la définition de rôles et de procédures.

Pour les professionnels interrogés, la qualité de la prise en charge permise par l'exercice regroupé correspond à :

- La continuité des soins, qui constitue une mission de service public, et l'articulation des prises en charge
- Une meilleure efficacité diagnostique et thérapeutique, liée à la possibilité d'interpeller un autre professionnel, de lui demander son avis etc...
- Une orientation adéquate et rapide liée à la meilleure connaissance des compétences des autres professionnels
- Une optimisation des dépenses, grâce à la possibilité d'ajuster des traitements rapidement en échangeant avec les autres professionnels, ou d'organiser des rendez-vous groupés pour que la personne ne se déplace qu'une seule fois...
- La possibilité de maintenir une offre à proximité des lieux de vie des patients.

En ce qui concerne les conditions de travail, dans certaines maisons de santé, leur amélioration est une condition du maintien même d'une offre de soins de premier recours, tandis que

dans d'autres, il s'agit davantage d'un objectif de confort, au service de la qualité. Les professionnels mettent en avant :

- La mutualisation des moyens matériels (« *co-habiter* ») et au-delà le partage de dossiers, de patients, d'avis (« *co-opérer* »)
- Le partage du poids d'une mission de service public
- La « sécurisation » de la quantité et de la qualité du travail. Un kinésithérapeute par exemple estime qu'il a plus de chances d'avoir des patients dans une maison de santé, et souligne le bénéfice d'un retour rapide sur l'efficacité de ses prises en charge.
- La capitalisation et la transmission des connaissances facilitées vers les nouveaux associés
- La préparation au changement en situation d'incertitude.
- La prévention du burn-out

Contenu du travail pluri-professionnel dans les 4 MSPs

Dans les maisons de santé, on observe le développement d'un travail pluri-professionnel à 3 niveaux:

- L'organisation du premier recours au niveau territorial, et la gestion de la structure
- La coordination de projets, comme par exemple la construction d'un protocole sur un thème donné.
- La coordination ou l'intervention dans les prises en charge des patients

Pourtant, le travail pluri-professionnel représente une faible part du travail (entre 1h et 1 jour par semaine, pour les plus investis). Ce travail est toujours considéré comme «supplémentaire», ne se substituant pas au travail clinique, et nécessitant un investissement fort et le développement de nouvelles compétences.

On observe une grande diversité à la fois des thèmes et situations donnant lieu à un travail pluriprofessionnel, des acteurs impliqués dans ce travail et des compétences mobilisées. On observe également une diversité des niveaux de formalisation des pratiques : on arrive ainsi rarement à l'élaboration de guidelines, mais plutôt au suivi de « mindlines »², c'est-à-dire à d'accords sur des pratiques conclus informellement entre les professionnels.

Les conditions d'émergence du travail pluri-professionnel

L'émergence du travail pluri-professionnel est facilitée par :

- Une temporalité longue de 3 à 5 ans avant d'arriver à une certaine stabilisation.
- La diminution de la concurrence notamment médicale, qui facilite la coopération.
- Une proximité physique, dans les maisons de santé, mais aussi dans le pôle qui doit construire son projet de santé. Cette proximité physique peut s'accompagner d'une proximité cognitive, qui peut mener éventuellement à une proximité organisationnelle, avec une formalisation.

² Terme emprunté à John Gabbay et Andrée le May

- un travail collectif autour d'instruments : un projet de santé, la construction d'un programme d'ETP, des protocoles, la gestion des ENMR qui demandent notamment un arbitrage pour décider des actions à développer et de la répartition des financements...
- Le développement d'un mode de management participatif, avec une gouvernance collégiale permettant à chacun de s'impliquer, notamment les paramédicaux.

De quoi s'accompagne l'émergence du travail pluri-professionnel ?

Le travail pluri-professionnel amplifie un « choc culturel » entre la logique libérale de pratique individuelle, régulée dans le cadre conventionnel avec l'assurance maladie, et la logique collective minoritaire de pratiques contractualisées avec l'Etat.

Il favorise un travail d'élaboration collectif qui peut permettre, dans certains cas, une redéfinition des frontières professionnelles.

Il permet une institutionnalisation des soins primaires au sein de la maison de santé, et plus largement une territorialisation.

Les NMR : quelle perception de la part des professionnels ?

Les professionnels perçoivent les nouveaux modes de rémunération comme :

- La reconnaissance symbolique, importante à leurs yeux, d'un travail qu'ils menaient déjà pour certain auparavant
- La possibilité d'un travail nouveau ou plus développé.
- Une légitimation du travail pluriprofessionnel, qui « justifie de prendre son temps avec les autres ».
- Une somme qui peut être considérée comme plus ou moins importante mais qui les engage
- un instrument plus transformateur des pratiques que la rémunération sur objectifs de santé publique, du fait de son caractère collectif
- Cependant le sentiment d'incertitude lié à son caractère expérimental limite l'engagement des professionnels

NMR : quels usages ?

Les NMR sont mobilisées pour :

- Fonctionner aux trois niveaux décrits
- Développer des actions dans le cadre de protocoles, ou des actions qui sont hors nomenclature (un programme d'ETP par exemple), avec l'idée de pousser la reconnaissance future de nouveaux actes s'ils font la preuve de leur intérêt
- Impliquer des professionnels, créer de la collaboration (usage qui en est fait par les promoteurs des quatre MSP)
- Rétablir une équité dans la rémunération entre médecins et paramédicaux. On perçoit l'idée dans les quatre MSP que le temps dépensé pour le travail pluriprofessionnel doit

être rémunéré de la même façon pour tous les professionnels (médecins, infirmiers, secrétaires...), au moins pour certaines activités.

Les NMR : quelles répartitions ?

Dans la répartition de l'enveloppe collective, des tensions émergent, car cela nécessite d'arbitrer entre :

- Indemniser un travail ancien non rémunéré ou indemniser de nouvelles actions
- Indemniser les actions menées auprès des patients ou indemniser leur préparation et leur coordination
- Indemniser des professionnels de santé ou indemniser un coordinateur dédié

Les répartitions suivent des logiques variées, et des arbitrages locaux et évolutifs. Elles peuvent reposer sur la définition de forfaits pour certains actes, sur une rémunération en fonction du temps passé, variable ou non selon la profession, etc.

Discussion

Les NMR constituent un des leviers favorisant le développement du travail pluriprofessionnel et de la coordination des soins dans les lieux d'exercice libéral regroupé en soins primaires. Ils représentent une somme faible mais productrice de nombreuses transformations. En particulier, les NMR, le respect de la liberté d'agir des professionnels et le maintien du financement à l'acte rendent acceptable une régulation croissante des pratiques de soins primaires à travers la contractualisation avec l'ARS, qui constitue pourtant un « choc culturel ».

Certaines questions demeurent ; notamment sur la nécessité de repenser l'équilibre entre paiement à l'acte et financement collectif type NMR.

Pour aller plus loin :

Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunérations. Questions d'économie de la santé 200, juillet-août 2014, 8 p.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

Rapport de l'Irdes n° 557, septembre 2014, 76 p.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

Philippe Boisnault – Réaction d'un praticien du terrain aux interventions précédentes

Philippe Boisnault est médecin généraliste depuis 22 ans. Il a d'abord exercé seul, puis il s'est associé avec deux autres professionnels dans un cabinet. Il a ensuite été à l'origine d'un projet de maison de santé pluri-professionnelle, qui a notamment participé aux Enmr. Il a également participé à la mise en place d'un réseau de prise en charge de patients lourds (« Réseau Odys-sée » dans le Vexin). Il est administrateur de la société française de médecine générale, et a participé au projet Prospere avec l'IRDES pour la réflexion autour de l'organisation du système de santé.

Philippe Boisnault décrit la coordination comme une nécessité, ressentie comme telle par tous les médecins. Un enjeu primordial pour un médecin généraliste aujourd'hui est de faire en sorte que les décisions prises soient appliquées et améliorées, via le travail de collaboration avec les autres professionnels. L'exercice dans un lieu précis et unique permet d'améliorer nettement cette coordination, car il favorise la rencontre et le dialogue.

Donner des moyens à la coordination

Le mode de rémunération à l'acte est aujourd'hui inadapté à la prise en charge des pathologies chroniques et des poly-pathologies. Il place les médecins dans une situation paradoxale, puisque plus le travail est de qualité (temps dépensé pour s'assurer que les décisions sont appliquées, efforts pour maintenir des patients à domicile etc...), moins il est rémunéré. Cela amène un découragement chez les professionnels.

Philippe Boisnault soutient que les NMR ont eu un effet positif sur la coordination. Selon lui, les « leaders » dans les maisons de santé avaient déjà commencé à travailler sur la coordination, avant que les NMR ne viennent financer cette activité. Mais les NMR permettent d'entraîner l'ensemble des professionnels dans la coordination.

La coordination améliore la prise en charge et les conditions de travail

Au-delà de l'incitation financière, il y a une dimension non-économique qui est tout aussi importante. Philippe Boisnault renvoie à une thèse dont l'objet était d'identifier les améliorations ressenties par les patients lorsque leur médecin se mettait à exercer en maison de santé. On se rend compte que les patients ne notent pas d'amélioration de la permanence des soins, ni de la qualité des soins, bien que celles-ci soient réelles. En revanche, ils relèvent en grande majorité une amélioration de la qualité de l'accueil et de l'accessibilité (des installations accessibles en poussette ou en fauteuil, présence d'une secrétaire à l'accueil, parking... etc).

Pour les médecins, l'installation en maison de santé permet de travailler en équipe et de se sentir sécurisé. Or, les professionnels qui se sentent mieux exercent mieux.

Questions et réactions

1/ Comment pourrait-on améliorer l'information des patients sur les incitations financières qui existent ?

Il est en effet compliqué pour les patients de comprendre que les médecins peuvent avoir des incitations sur la qualité.

L'évaluation menée par l'IRDES sur cinq ans a eu un coût de 800.000€, tandis que les ENMR représentent 7 millions d'euros par an. Les résultats ne sont pas immédiats : il a donc fallu défendre l'évaluation auprès des instances politiques. Cela requiert du temps et de la rigueur pour convaincre le public. Il faut un dispositif de travail qui associe des acteurs du terrain pour faire avancer la recherche dans ce champ : c'est la mission du groupe Prospère (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours).

2/ On parle de la coordination comme une évidence, alors que le besoin de coordination se concentre finalement sur certaines personnes et sur certaines pathologies.

Philippe Boisnault estime que la complexité du patient n'est pas seulement médicale, elle peut aussi être sociale. Chaque patient est unique dans sa complexité : il faut une vision polymorphe de la patientèle. En effet, certains patients n'ont pas besoin de coordination, car ils n'ont qu'un seul problème.

Julien Mousquès rappelle que ce sont avant tout les pathologies chroniques, les dépistages et la promotion de la santé qui prennent la place la plus importante dans l'activité du premier recours. Les protocoles développés par les professionnels se déploient généralement autour de ces trois grands domaines, au sein d'un territoire.

3/ Existe-t-il une structure identifiée et agréée pour réaliser ces évaluations qui représentent des coûts très importants ?

Lise Rochaix répond que le collège des économistes de la santé travaille afin de fournir des grilles méthodologiques. Au-delà, il y a un partage de la culture de l'évaluation entre les acteurs qu'il faut encore développer.

Julien Mousquès ajoute qu'une réflexion est engagée aujourd'hui sur des méthodes d'évaluation moins coûteuses que l'évaluation *a posteriori* de l'expérimentation naturelle, qui nécessite de grands échantillons. Il s'agit de montrer aux intervenants publics que l'on peut s'appuyer sur des tailles d'échantillon plus modestes, et donc des évaluations moins coûteuses.

4/ On assiste à une augmentation du travail social en termes de quantité mais aussi de qualité, avec une montée en compétences des secrétariats, de l'accueil... Note-t-on des changements au niveau de ces métiers de conseil et d'accompagnement ?

Cécile Fournier explique que ces métiers se développent dans certaines maisons, avec un travail réalisé notamment autour de l'accès aux droits. Les secrétaires deviennent alors de véritables assistantes d'accueil de la maison. Mais ce développement est limité par le fait que les secrétaires sont prioritairement rémunérées par les médecins ; les paramédicaux ne souhaitant

pas le plus souvent partager cette charge, les médecins sont réticents à assumer seuls le poids de ce service qui bénéficie à tous les professionnels de la MSP.

Introduction de l'après-midi - Daniel Benamouzig : « Évaluer une innovation sociotechnique »

La coordination s'impose aujourd'hui comme une priorité en matière d'organisation des soins. Elle met en jeu des aspects professionnels et économiques, ainsi que des dimensions proprement techniques. Elle donne surtout lieu à de nouvelles formes d'organisation. Elle peut à ce titre être conçue comme une innovation sociotechnique, et faire l'objet d'évaluations. Si les enjeux de l'évaluation économique sont aujourd'hui balisés en termes de méthodes et de compétences disponibles, le paysage est plus flou en ce qui concerne les aspects sociaux.

Ce flou n'est d'ailleurs pas propre aux seules innovations sociotechniques. Il peut aussi être observé à propos de l'évaluation des technologies de santé, entendues dans un sens plus immédiatement matériel. En matière de médicaments comme de dispositifs médicaux, les critères d'appréciation des aspects cliniques et économiques, qui sont les plus utilisés, sont beaucoup plus clairement définis que l'appréciation des aspects sociaux, qui entrent en ligne de compte de manière moins formalisée. En outre, souligne Daniel Benamouzig, beaucoup d'innovations médicales se font aujourd'hui sans évaluation.

Néanmoins, une « culture de l'évaluation » a progressivement été partagée, autour de critères et de méthodes bien définis et de quelques institutions compétentes. Il s'agit alors de s'appuyer sur cette culture de l'évaluation, à dominante clinique et économique, afin d'opérer un glissement d'une évaluation médico-économique vers une évaluation sociotechnique. Ce glissement se justifie non seulement par les caractéristiques des technologies de santé ou des formes d'organisation à évaluer, mais aussi par l'état aujourd'hui relativement stabilisé des connaissances et des méthodes susceptibles d'être mobilisées dans des évaluations. Depuis plusieurs décennies, les *sciences studies* ont par exemple bien mis en évidence qu'une innovation technique ou technologique n'était rien sans le système social qui l'accompagne. Ainsi, évaluer des innovations organisationnelles, voire des innovations technologiques, suppose une prise en compte globale des aspects économiques, éthiques et sociaux. Cela implique un élargissement de l'évaluation, et par conséquent un élargissement des critères d'évaluation. Cet élargissement passe à la fois par l'explicitation des aspects sociaux qui ne manquent pas d'être déjà présents dans les évaluations cliniques ou plus encore économiques, et par le développement d'interrogations plus spécifiquement sociologiques ou éthiques, qui débordent de l'évaluation clinique et de l'évaluation économique.

I/ La pertinence des approches socio-économiques

Dans le cadre de l'évaluation économique, on fait souvent appel à des éléments non seulement économiques mais aussi inévitablement sociaux, notamment lorsque l'on se réfère à des principes normatifs, tels que les idées de justice, d'équité ou d'inégalités sociales. Les institutions travaillant dans le domaine de l'évaluation cherchent en outre à adopter, dans l'évaluation, une perspective dite sociétale, qui a vocation à rendre compte d'un spectre très large de préférences, dont l'évaluation monétaire n'est pas toujours aisée, et qui nécessite de ce fait non seulement des outils de mesure adaptés mais un ensemble de raisonnements visant à prendre en compte de manière raisonnable les points de vue d'acteurs dont les préférences

ne sont pas facilement quantifiable, quand elles sont même identifiées. L'idée de maximisation de l'utilité déborde alors le simple cadre méthodologique et quantifié de la mesure pour se loger des processus élargis de délibération, dans lesquels une diversité de points de vue et de préférences ont une chance d'être pris en compte. La mesure économique de l'utilité dans ce qu'elle peut avoir de plus technique n'est en pratique possible que dans un espace social savamment constitué, dans lequel elle a une légitimité, et hors duquel elle perdrait une grande part de sa pertinence. La présence d'éléments sociaux au cœur des critères économiques apparaît aussi à travers certains critères d'évaluation, comme la notion de « seuil », qui définit un niveau à partir duquel certains choix trouvent une justification : combien est-on prêt à payer pour un niveau d'efficacité d'une technologie, d'une innovation ? Les seuils reflètent des préférences sociales, qui peuvent être observés rétrospectivement mais dont les fondements sont peu clairs. Ils engagent une forme de choix collectif, assez discrétionnaire, et exigent de ce fait une forme de délibération publique. Même sophistiquées, les méthodes de l'économiste n'échappent pas à leurs usages pratiques, qui sont déployées dans des espaces sociaux et politiques saturés de critères normatifs.

II/ Les aspects éthiques

L'importance de ces critères normatifs exige la prise en compte d'aspects éthiques, qui font l'objet de réflexions et de travaux depuis plusieurs années à la HAS, qui considère que ces aspects ont toute leur place dans l'évaluation de dispositifs organisationnels ou de technologies. L'enjeu ici n'est pas d'émettre des jugements normatifs sur les innovations, mais de référencer, à propos d'une question donnée, les points de vue possibles et les différends légitimes, sans trancher entre les principes en présence. C'est toute la différence entre la prise en compte des aspects éthiques dans une évaluation, qui se fonde parallèlement sur d'autres critères, notamment cliniques et économiques, et l'expression d'un avis éthique, produisant une conclusion ayant un caractère normatif assumé, comme le ferait par exemple le Conseil consultatif national d'éthique.

Ces critères éthiques à prendre en compte dans l'évaluation ont fait l'objet d'un travail méthodologique à la HAS, qui se fonde lui-même sur les travaux développés par deux spécialistes américains de l'éthique médicale, Beauchamp et Childress (1985). Ces derniers ont identifié quatre principaux critères, à partir desquels peuvent être identifiés différents arguments en présence, le cas échéant conflictuels entre eux, pour une question de santé donnée. Ces quatre critères sont : le critère d'autonomie (*autonomy*), le critère de bienfaisance (*beneficence*), le critère de non-malfaisance (*nonmaleficence*) et le critère de justice. Souvent, il arrive qu'une augmentation en termes de bienfaisance ou d'autonomie provoque par exemple une dégradation en termes de justice. Il s'agit de voir comment ces critères peuvent donner lieu à des formes de « désaccords raisonnables », fondés sur des arguments différents ou sur des critères d'évaluation hétérogènes, ou même parfois conflictuels. A défaut de permettre de trancher, l'évaluation des aspects éthiques permet de rendre explicite les éléments normatifs de l'évaluation, en laissant le cas échéant aux utilisateurs de l'évaluation le soin d'arbitrer ou non dans un sens dès lors plus explicite.

III/ Les aspects sociaux

Les économistes et les spécialistes de l'éthique disposent d'une formalisation des principes à partir desquels une évaluation est possible. Parallèlement à ces travaux méthodologiques, la

HAS a aussi entrepris d'identifier les dimensions essentielles à l'évaluation des aspects sociaux. Sans entrer ici dans le détail de ces différents critères, qui s'appuient sur des éléments de connaissance aujourd'hui stabilisés et relativement consensuels parmi les spécialistes en sciences sociales, plusieurs dimensions peuvent être citées. Elles donnent une idée de la diversité et de la spécificité des questions posées. Six dimensions ont été identifiées par la HAS :

- Dimension institutionnelle. Les institutions ne sont pas faites tout d'un bloc. La divergence de points de vue entre les différentes institutions a des effets sur les innovations et les processus analysés. Ces derniers sont diversement appréciés par les institutions en présence.
- Dimension organisationnelle. Il importe de prendre en compte non seulement les formes ou les modèles d'organisation, mais aussi les « pratiques réelles » et plus informelles.
- Dimension professionnelle. Dans le monde de la santé, les professionnels sont non seulement organisés, mais souvent dans des positions de concurrence, qui doivent être prises en compte dans l'analyse.
- Dimension « patients ». Les patients sont à étudier sous le mode de leur expérience subjective et sous celui de leur représentation collective, d'une manière plus politique.
- Dimension inégalités sociales. La prise en compte des inégalités renvoie au caractère socialement stratifié de tout groupe social, aussi bien qu'à des situations extrêmes plus critiques. Cette dimension recoupe les intérêts d'économistes et de spécialistes de l'éthique sur des questions de justice sociale.
- Dimension innovations. C'est dans cette dimension que se joue le couplage entre les innovations technologiques et le système social qui les accompagne. Plus spécifiquement, c'est là que se pose la question de la reproductibilité des modèles, notamment industriels, porteurs d'innovation.

Ces différentes dimensions sont classiques pour tout sociologue. Elles peuvent donner à des analyses à la fois diverses et convergentes du point de vue des objectifs, des méthodes et résultats proposés. Elles renvoient en outre à des réalités sociales concrètes et tangibles, c'est à dire explicitement discutables dans un cadre non seulement technique mais aussi ouvert et délibératif. Elles offrent en particulier un cadre d'échange entre experts en sciences sociales et avec les experts d'autres disciplines ou spécialités, y compris médicales. Elles peuvent à ce titre être associées, et le sont souvent déjà, à des évaluations cliniques, économiques et éthiques. L'évaluation apparaît alors comme un processus pluraliste du point de vue de ses sources d'inspiration, de ses critères, de ses méthodes. Des méthodes qualitatives et quantitatives sont utilisées. La coordination, en tant qu'objet d'évaluation, relève assurément de ce type de méthodes hybrides, dont la grammaire reste encore largement à expérimenter.

3^{ème} partie - Formation et nouveaux métiers de la coordination

Magali Robelet – Introduction

Dans quelle mesure le développement de formations à ces nouveaux métiers peuvent accompagner, stimuler voire réguler les dynamiques de coordination ? Magali Robelet veut souligner les enjeux techniques et politiques de la question de la formation.

Les métiers de la coordination sont l'objet d'appellations très diverses. De plus, la population est diverse, peu stable, et peu connue. La définition d'un socle de compétences peut être une réponse à ces enjeux de stabilisation et de professionnalisation de ces activités, en fournissant notamment des compétences transférables dans un faisceau de fonctions proches à partir de ce qui fait la spécificité de ces professions.

Il convient également de s'intéresser à la position des professionnels de la coordination dans l'organisation du travail du soin, et dans la « division morale du travail ». Quelles sont la nature et la légitimité des tâches exercées par ces professionnels ?

Il y a un enjeu important pour les personnes qui occupent ces fonctions de formaliser leurs pratiques et leurs compétences, tant il apparaît aujourd'hui difficile de « faire carrière » dans les métiers de la coordination. A travers la formation et la reconnaissance de compétences, on touche à des enjeux classiques de pouvoirs, de concurrence, de chevauchements de territoires professionnels. En reconnaissant des compétences et des formations, on peut réguler les rapports de pouvoir entre les professionnels.

Les autorités publiques jouent un rôle crucial, dans la mesure où elles participent à réguler le marché du travail autour de la coordination. Or, ces autorités publiques sont diverses (ministère, ARS, CHU, etc.) et font des propositions de programmes de formation. Comment ces acteurs publics se coordonnent-ils autour de la formation à la coordination ?

Marie-Aline Bloch : les professionnels de la coordination

L'ouvrage publié récemment par Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut propose une typologie de ces nouveaux professionnels de la coordination et souligne le rôle clé des cadres intermédiaires dans les organisations sanitaires³.

I/ Les MAIA : un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales

La présentation de Marie-Aline Bloch s'appuie sur l'exemple des MAIA⁴, ce dispositif qui a pour objectif de fédérer les différents intervenants sur un territoire autour des soins, des aides,

³ *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social.* Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, Collection Santé-Social, Dunod, janvier 2014.

⁴ Les MAIA s'appelaient historiquement les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer. Dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, il est prévu de les appeler de manière plus juste « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie ».

3 MÉCANISMES MAIA



des accompagnements pour les personnes âgées lors d'une perte d'autonomie. Cette méthode d'action se déploie sur trois niveaux :

- Auprès de la personne en perte d'autonomie : on parle alors de « gestion de cas ».
- Au niveau du guichet intégré sur le territoire : les opérateurs des champs sanitaire, social et médico-social interagissent (équipes APA, médecins libéraux, infirmières, EHPAS, équipes mobiles gériatriques, CLIC, SAAD, SSIAD, gestionnaires de cas etc.) Le pilote MAIA a un rôle de chef de projet, et met en réseau tous les acteurs.
- Au niveau institutionnel et national : une concertation stratégique et tactique s'opère entre les décideurs et les financeurs (ministère, CNAM, ARS, etc.)

Le dispositif MAIA est piloté par la CNSA. Il s'agit d'une réponse aux besoins des personnes âgées qui repose sur l'intégration des services d'aide et de soins déployée sur un territoire de proximité, avec une approche populationnelle.

Il permet une lisibilité du système d'aide et de soins, une optimisation du parcours des personnes âgées, ainsi qu'un maintien à domicile des publics concernés dans les meilleures conditions et aussi longtemps que possible.

II/ Typologie des professionnels de la coordination

Les professionnels sont impliqués dans la coordination à deux niveaux différents :

- Les coordonnateurs de parcours interviennent directement auprès des patients ou des personnes en perte d'autonomie.
- Les coordonnateurs d'innovation (au niveau institutionnel) vont impulser des nouveaux projets, ou de nouveaux dispositifs.

Marie-Aline Bloch propose une typologie des professionnels de la coordination, résumée dans le tableau ci-contre.

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste	—
	Gestionnaire de cas	Gestionnaire de cas MAIA, technicien d'insertion AFM, coursier sanitaire et social
	Coordonnateur spécialisé	Infirmière coordinatrice en EHPAD, SSIAD, HAD, réseau, EMG Coordonnateur de réseau, CMRR, CLIC
Coordonnateur d'innovations	Relais-traducteur	Référent Alzheimer en ARS
	Entrepreneur de réforme	Coordonnateur d'équipe pluridisciplinaire de MDPH, pilote de MAIA
	Champion organisationnel	Directeur des soins à l'hôpital

1/ Les coordonnateurs de parcours :

- Le médecin généraliste (et parfois le pharmacien sur certains territoires très ruraux) est le premier à avoir un rôle de coordination.

- Pour des situations complexes, les gestionnaires de cas (ou « coordonnateurs de santé ») ont été expérimentés dans le cadre du plan Alzheimer.

- Le coordinateur spécialisé peut avoir un rôle auprès des personnes directement, mais les coordinateurs spécialisés ont souvent également un rôle institutionnel. Il s'agit par exemple de l'infirmier coordinateur en EHPAD ou des médecins coordinateurs de réseau. Mais ce ne sont pas forcément des professionnels de santé : on trouve également des administratifs, dans les CLIC par exemple.

2/ Les coordonnateurs d'innovation

- Les relais traducteurs agissent au niveau des ARS. Ils ont un rôle descendant, de diffusion des circulaires ou des nouveaux projets. Ils vont ainsi « traduire » les directives pour les acteurs de terrain. Ils vont également permettre de faire remonter des problématiques ou des propositions émanant des acteurs de terrain.

- Les entrepreneurs de réforme incarnent le projet, le plan de santé publique etc... On observe chez ces acteurs une grande diversité d'origines professionnelles (médecins, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, cadres administratifs). Ils peuvent avoir une fonction d'évaluation clinique (au contact des personnes), un rôle de management d'équipe et/ou un rôle d'animation de réseau.

- Le « champion organisationnel » joue un rôle de coordination au sein de grosses structures comme l'hôpital, en lien avec la direction, le président de la CME, les cadres de pôle et les cadres de santé. La profession des directeurs des soins, exemple étudié, a beaucoup évolué ces dernières années.

Les acteurs de la coordination interviennent donc auprès des personnes, au niveau des institutions et au niveau des pouvoirs publics. Il s'agit de voir comment ces professionnels vont s'articuler et se soutenir les uns les autres, et agir ainsi de manière systémique.

III/ Les coordonnateurs d'innovation

Les connaissances et les compétences des coordonnateurs d'innovation sont variées : il faut à la fois savoir faire fonctionner des méta-réseaux, avoir un savoir-faire de pilotage de projet (communication, négociation, conduite du changement...), et un savoir-être (valoriser l'expertise des autres, être des innovateurs, des facilitateurs...)

Cela signifie aussi savoir mobiliser un réseau de pratique et d'échange. Le nouveau collectif des pilotes MAIA est appelé à jouer un rôle important, car ces professionnels sont isolés sur leur territoire et ont besoin de partager avec d'autres personnes qui exercent le même type de fonction.

La fonction et la formation des coordonnateurs d'innovation ne sont pas stabilisées. Dans l'exemple des pilotes MAIA, la CNSA a mis en place une formation (obligatoire et financée par la dotation du projet pilote) d'une semaine qui a été reprise par l'EHESP. Le savoir autour de ces métiers continue donc à se construire.

Pierre de Haas – Quatre nouveaux métiers à construire

Pierre de Haas est le président de la fédération française des maisons et pôles de santé et lui-même praticien dans une maison de santé pluri-professionnelle. Il souhaite présenter quatre nouveaux métiers qui émergent aujourd'hui : l'infirmière clinicienne, le poste de coordination d'équipe, le DIM ambulatoire et les facilitateurs.

1/ L'infirmière clinicienne

On parle également d'infirmière de santé publique. Elle n'est pas uniquement dans une relation directe avec le patient, puisqu'elle s'occupe aussi de la patientèle en général, autour de problématiques de santé publique. Elle a un rôle important dans la production de données et d'éducation à la santé. L'expérience Asalée - il s'agit de l'expérimentation dans plusieurs régions d'un dispositif de coopération interprofessionnelle (entre médecins généralistes et infirmières), à l'initiative de l'association 'Action de santé libérale en équipe' (Asalée) - montre des résultats satisfaisants en termes de qualité de soins.

2/ Le poste de coordination d'équipe

Ces personnes viennent du secteur social et sont en général de niveau master 2. Elles s'occupent de toutes les tâches qui ne relèvent pas du soin et que les professionnels de santé ne veulent pas assumer:

- La dynamique d'équipe, pour créer du lien dans ces équipes qui comprennent des professionnels ayant des niveaux d'études et économiques hétérogènes.
- Les systèmes d'information, pour convaincre les professionnels et les aider à fournir des indicateurs et des données.
- La relation à l'ARS, car il est très compliqué pour les pouvoirs publics de toucher les professionnels de santé.

Un nouveau métier se dessine donc : on compte aujourd'hui en France une centaine de postes existants. La HAS, l'EHESP et la FFMPS ont défini des modules de formation pour stabiliser ce poste de coordination d'équipe qui devient de plus en plus nécessaire. Les pouvoirs publics manifestent un grand intérêt pour cette question, puisque les ARS vont financer en partie l'ingénierie de ces formations.

Pierre de Haas explique qu'une société coopérative de services vient d'être créée au sein de la FFMPS. Il s'agit d'assumer l'embauche des personnes pour le poste de coordination d'équipe

et de les mettre au service des équipes en maisons et pôles de santé. Cela permet de mutualiser ces professionnels financés par les NMR.

3/ Les DIM ambulatoires (directeurs de l'information médicale, qui existent déjà à l'hôpital)

Il s'agit d'aider les équipes à « *upgrader* » leur logiciel, pour aboutir à un système d'information correspondant à leur projet de santé.

4/ Les facilitateurs

Une expérience menée au Colorado a montré l'efficacité et la pertinence d'un professionnel de santé qui aide les équipes à se structurer.

Dominique Somme – Focus autour des gestionnaires de cas en gériatrie

Dominique Somme, médecin gériatre et chercheur en santé publique, a créé le DU de gestionnaire de cas (GC).

I/ L'émergence de l'idée des métiers de la coordination

Dominique Somme rappelle qu'on a une multiplicité d'acteurs agrégés pour répondre aux besoins d'un nombre croissant de patients. Cependant, tous ces systèmes qui interagissent continuent à se penser comme étant le centre. Chaque professionnel se sent investi de la mission de s'occuper de l'ensemble des besoins du patient.

L'idée des métiers de la coordination naît de la volonté de faire sortir la coordination des systèmes experts. Le *case management* est né aux Etats-Unis, lorsqu'il a fallu répondre aux besoins des vétérans du Vietnam dans les années 1970 : il a alors fallu inventer de nouveaux systèmes de réponses. Le *case management* prend ses racines dans le *casework* du travail social, où l'on ne travaille plus sur des populations, mais autour de cas par cas.

II/ La gestion de cas au Québec, puis en France

Le Québec s'est très vite intéressé au *case management*. Dans les années 1990, il y a d'abord eu le projet Bois Francs. Puis, l'expérimentation PRISMA a été lancée en 1999. En 2003, Dominique Somme conduit un travail de recherche sur les gestionnaires de cas au Québec. De retour en France, il mesure l'immense fragmentation du système de santé en France, et estime que la gestion de cas peut permettre de concourir à la réduction de cette fragmentation voire à l'intégration du système de santé.

L'expérimentation PRISMA France est menée entre 2006 et 2010. L'objectif premier n'est pas de mettre en place la gestion de cas, mais de réaliser cette intégration. La gestion de cas est donc un moyen, pas une fin en soi.

En 2009, des « gestionnaires de cas » apparaissent dans le cadre de la politique nationale MAIA. Les GC sont alors pour un tiers des travailleurs sociaux, un autre tiers des infirmiers et le tiers restant des psychologues, des ergothérapeutes, et d'autres métiers moins fréquents.

Le diplôme universitaire (DU) de gestionnaire de cas (GC) devient un diplôme interuniversitaire (DIU) de GC en 2011. L'association des gestionnaires de cas voit le jour en 2009. Il faudra attendre 2012 pour qu'un décret donne une définition du gestionnaire de cas, indique le type de formation qu'il doit avoir. Une circulaire décrit également un référentiel de compétences.

Françoise Zantman : évaluation des politiques publiques en matière de coordination des soins : formation et nouveaux métiers

Françoise Zantman anime le réseau des directeurs de soins de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris. Elle porte également le projet de soins de l'AP. Dans la nouvelle version correspondant au nouveau plan stratégique, celui-ci comprend une orientation sur les nouveaux métiers. La présentation permet de voir les politiques publiques liées à l'évolution de ces métiers, et leur déclinaison à l'AP.

1/ L'évolution des métiers sous influence de la variation de l'environnement interne et externe : modification, suppression ou création de nouveaux métiers.

Ces tendances sont à inscrire dans un contexte :

- de demande forte des usagers qui deviennent des acteurs importants, et qui ont de plus en plus de connaissances sur leurs pathologies et une volonté de participer à leur prise en charge.
- de pratiques de soins qui intègrent une approche globale du patient et de la prise en charge coordonnée
- du développement de la recherche, et notamment de la recherche conduite par des paramédicaux
- d'évolution de la gestion des risques et de la qualité : notamment en certification, avec l'EPP (l'évaluation des pratiques professionnelles).
- d'un système de formation initiale et continue qui connaît des mutations.

2/ Les nouveaux métiers de coordination en santé et leur mise en place à l'AP

La DGOS définit ces métiers de la coordination comme un « *ensemble des activités de planification, de suivi et d'évaluation des interventions et de coordination des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux* ». François Zantman présente les quatre fiches métiers élaborées par la DGOS et explique leur déclinaison à l'AP.

Coordinateur(trice) de prélèvement ou de transplantation d'organe

Ce n'est pas un nouveau métier, mais il s'est récemment professionnalisé. Il est défini par la DGOS comme « *développer l'activité de transplantation en optimisant qualitativement et quantitativement la collecte de greffons dans son établissement de santé et dans ceux du réseau de santé auquel il est rattaché. Accueillir et accompagner les proches des donneurs potentiels et garantir auprès d'eux le respect de la volonté du défunt. Développer la motivation des services partenaires et concevoir et animer des actions de formation des personnels et d'information du public* »

A l'Assistance publique, il a un rôle central dans une activité pluridisciplinaire. Ainsi, cela nécessite pour le personnel une implication lors des prélèvements qui sont imprévisibles, en raison du nombre d'heures consécutives nécessaires afin d'assurer une prise en charge optimale au bon déroulement du processus du don d'organes et de tissus. L'utilisation des outils bureautiques et les logiciels métiers est indispensable. Ce métier requiert également du savoir-être et du savoir-faire car le professionnel intervient auprès de la famille dans une période de deuil.

Infirmier(ère) clinicien(ne) / paramédical en pratique avancée

Cette fiche métier est en attente du projet de loi en santé. Il s'agit d'un nouveau métier qui sort du métier socle et qui ouvre le champ à plus d'autonomie (notamment sur les sujets d'organisation et de prescription). Aujourd'hui, on entre dans une expérimentation dans le cadre d'un « *projet préfigurateur d'infirmiers cliniciens spécialisés conduit par l'ARS Ile-de-France* ».

Ces infirmiers cliniciens sont appelés à se spécialiser dans plusieurs domaines, notamment le sujet âgé, la santé mentale et la psychiatrie, l'accompagnement des personnes dépendantes (maladies chroniques, cancer...), les soins d'urgence et de réanimation, et les soins de premiers recours.

Aujourd'hui, on cherche à délivrer une formation de grade Master 2 pour les infirmier(e)s. Cependant, on se heurte à la difficulté de financer à la fois les formations et le remplacement des personnels. L'ARS propose ainsi des financements pour dégager les infirmiers afin qu'ils puissent partir en formation. Une autre difficulté tient à ce qu'il n'y a pas de statut sur ces nouveaux métiers : les infirmiers exercent de nombreuses responsabilités, mais n'ont pas de reconnaissance.

Coordinateur(trice) de parcours en santé

Le coordinateur de parcours en santé doit selon la DGOS « *établir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale d'une personne dans un parcours de soins ; coordonner la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire selon le projet de soins établi* »

A l'Assistance publique, il a la charge de formaliser le projet personnalisé du patient hospitalisé en HAD (Hospitalisation à domicile) et de décider de sa mise en œuvre, de son suivi et de son réajustement. Il s'agit d'un travail en équipe pluridisciplinaire. Deux métiers se distin-

guent, avec d'une part les infirmières de coordination (IDEC) et d'autre part des infirmières de liaison (IDELIA).

Gestionnaire de lits

Il s'agit de « *recueillir et analyser, au quotidien, les informations pour anticiper et optimiser l'affectation des patients hospitalisés et la gestion des lits et places du périmètre d'exercice* » au moyen d'un support informatique et en collaboration avec les équipes médicales et paramédicales (notamment l'encadrement).

Ce métier commence réellement à prendre sa place à l'hôpital. Cette fonction est marquée par une grande évolution qui se manifeste par un transfert de missions. Auparavant, ce domaine était réservé principalement aux cadres et aux médecins. Désormais, cette gestion est confiée à une cellule de centralisation des lits, ce qui doit permettre une meilleure fluidification du parcours patient de l'entrée jusqu'à la sortie, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge des hébergements.

Cela implique un abandon du lien direct avec le patient, des gestes techniques de soins, et une prédominance d'activités de gestion de l'information et une utilisation de l'outil informatique. Il faut donc organiser et accompagner la reconversion et la professionnalisation des gestionnaires de lits.

L'Assistance Publique, suite à l'engagement du directeur général, dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST, a créé un cadre permettant la mise en place de coopérations entre les professionnels de santé sous le contrôle des ARS et après examen de la HAS. Les coopérations ont pour objet de permettre à titre dérogatoire aux professionnels de santé « *d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* »

Cette partie des débats a permis de repérer d'une part des dynamiques de formalisation des compétences correspondant aux nouvelles fonctions de la coordination. D'autre part la formalisation du travail lui-même, avec la reconnaissance de nouvelles manières de travailler (protocoles de soins, systèmes d'information, projet de nouvelles organisations...) a également été mise en évidence. Ces dynamiques identifiées peuvent agir comme des leviers pour favoriser la coordination.

Questions et réactions

Il a été constaté que des tâches trop lourdes incombaient au coordinateur en maison de santé. Ainsi, la gestion de l'animation d'équipe (qui doit souvent en dernier lieu être assumée par le directeur de la maison), mais aussi la responsabilité du système d'information, et le travail de liens avec l'ARS sont autant de responsabilités qui incombent à une seule personne. De plus, l'ARS veut en priorité discuter avec les décideurs. Ainsi, quelle est la pertinence du métier de coordinateur de structure.

Pierre de Haas répond que la remarque est pertinente pour les structures et les coordinateurs que l'on observe aujourd'hui. Cependant, la fédération s'efforce de s'inscrire dans la prospective, et d'imaginer que dans quelques années, il n'y aura plus que des unités de production des soins primaires. Or, la question de la gouvernance est véritablement en train de changer. Dans ces unités, les équipes de professionnels ne voudront plus s'approprier la gouvernance, et ne s'occuperont que des activités de soins.

2/ Plusieurs « métiers-socles » ont été cités par Dominique Somme. Cependant, ne pourrait-on pas élargir le recrutement à d'autres origines professionnelles ? Le plus important n'est finalement pas la connaissance du système sanitaire et social, mais les qualités relationnelles.

Dominique Somme évoque un texte qui définit les professions qui sont légitimes pour devenir « gestionnaire de cas » : ce sont les métiers du travail social de niveau III, des auxiliaires médicaux, des psychologues avec une expérience clinique... Pourquoi fixe-t-on de telles exigences ? Précisément parce que « gestionnaire de cas » n'est pas encore un métier. Il faut un métier-socle qui permette d'avoir une légitimité. D'autre part, il est nécessaire de nourrir l'interprofessionnalité. Les qualités humaines sont bien entendues indispensables. Cependant, on ne peut réduire la question de la gestion de cas aux relations personnelles : il faut des connaissances et des compétences techniques.

3/ Quelles sont les frontières de ce métier de case manager, qui peut aller du guichet unique jusqu'à l'accompagnement, le soutien à l'observance, et la prise de rendez-vous ?

Dominique Somme rappelle que le *case management* assuré par les professionnels de santé est le modèle dominant aux Etats-Unis. Cependant, il en existe un deuxième, qui appartient aux assureurs. Des *case managers* au service des assureurs font alors naviguer les personnes au meilleur coût possible. Les assureurs privés sont donc dans des logiques de marché par rapport à la coordination.

En France, la gestion de cas en France est intensive. Ce n'est pas le cas partout dans le monde. Elle s'intéresse à des personnes qui ont des besoins complexes. En ciblant ces personnes, on va recueillir des informations qui vont permettre d'avoir un système plus intégré. La gestion de cas est plus modérée dans un système de type HMO.

4/ Quelles sont les perspectives pour les infirmiers de pratique avancée et la recherche paramédicale ?

Marie-Aline Bloch tient à distinguer deux types de pratique avancée. En premier lieu la pratique avancée « clinique » désigne un niveau de technicité supplémentaire dans les gestes de soins. D'autre part, il existe une pratique avancée liée à la coordination. Sur la recherche, il y a effectivement une mobilisation de plus en plus importante des paramédicaux, qui s'engagent notamment dans des PHRIP⁵.

⁵ Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

4^{ème} partie - Nouvelles technologies, nouvelles coordinations ?

Daniel Benamouzig – Introduction

Cette dernière partie doit permettre d'exposer plusieurs enjeux. Tout d'abord, il s'agit de voir en quoi les technologies peuvent modifier les rapports entre les acteurs impliqués par la coordination (professionnels, gestionnaires, patients) ? En effet, il existe une variable technologique très importante dans la coopération entre acteurs des soins.

Derrière ces enjeux technologiques, il y a des enjeux industriels. Beaucoup d'expérimentations ont été menées ces dernières années, ce qui conduit à s'interroger sur la généralisation des modèles de coordination ou de coopération. De ce point de vue, des acteurs industriels développent des modèles de diffusion susceptibles d'avoir une viabilité économique.

Charles-Etienne de Cidrac (Axa)

Charles-Etienne de Cidrac insiste d'emblée sur le regard international que pose Axa sur ces questions. Dans ce contexte global, il faut se rappeler que l'organisation du système de soins dans un pays a une influence primordiale sur l'offre d'assurance privée.

I/ Le contexte réglementaire

La réglementation locale encadre l'accès aux données médicales, la relation contractuelle avec les professionnels de santé et l'intervention dans le parcours de soins.

Dans beaucoup de pays, Axa peut négocier le prix des prestations de soins, selon la réglementation locale. Il peut cependant y avoir des restrictions sur la négociation de tarifs des biens et services de santé, ainsi que sur la possibilité d'orienter les patients. En France, ces pratiques sont particulièrement contraintes : elles ne sont ainsi pas autorisées sur les actes médicaux. Mais dans d'autres pays, Axa va pouvoir orienter le patient dans l'hôpital où le résultat de santé sera le meilleur. Cela implique donc pour l'assureur d'identifier des mauvaises pratiques dans certains hôpitaux. Axa s'intéresse également aux réseaux de soins pour acheter des prestations de soins : la fonction de *procurement* occupe ainsi une place centrale dans la chaîne de valeur de l'assurance santé.

Le *case management* fait également partie de cette chaîne de valeur. Axa s'engage dans une réflexion sur la place du patient qui cherche de plus en plus à s'informer. Cette évolution est particulièrement importante pour Axa, dans la mesure où elle contribue à améliorer l'état de santé de ses clients. Le perfectionnement du parcours du patient constitue donc un enjeu primordial pour l'assureur.

II/ Les enjeux de la coordination des soins

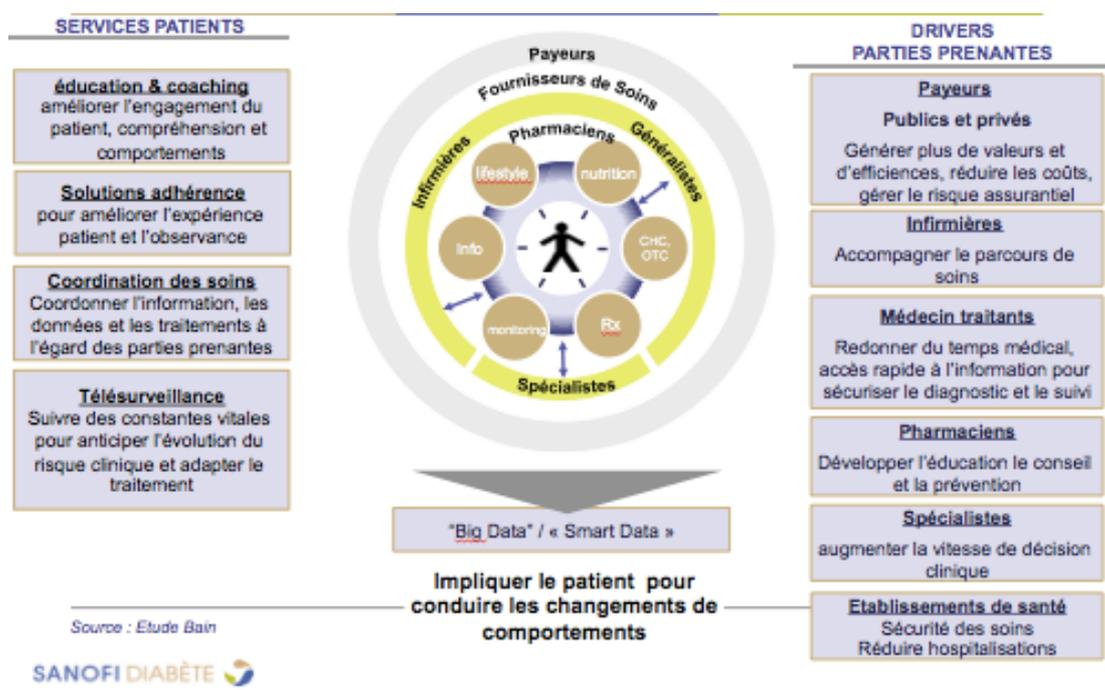
Un travail a été mené chez Axa afin de redéfinir le business model. Plusieurs pistes de réflexion ont été dégagées, notamment autour des différents enjeux suivants :

- La responsabilité médicale : quelle peut-elle être le point de vue du payeur privé ?
- L'accès au soin : l'intérêt d'Axa est que les patients soient en bonne santé.
- L'impact, l'efficacité sur la santé : il est important de mesurer l'impact des soins et leur efficacité sur la santé.
- Le coût, la question du financement
- L'apport des nouvelles technologies : cela permet d'accroître la responsabilité du patient et de baisser le coût de certains éléments de la santé.

Philippe Maugendre (Sanofi)

L'intervention de Philippe Maugendre vise à comprendre l'approche et la place des industriels sur les nouvelles technologies (e-santé, télémédecine). Le deuxième temps de la présentation est consacré à une solution de télémédecine, afin d'illustrer de façon concrète le développement de projets mixtes entre producteurs de santé, industriels et patients.

I/ La e-santé permet d'impliquer le patient et peut aussi générer de la valeur pour les professionnels de santé et le payeur

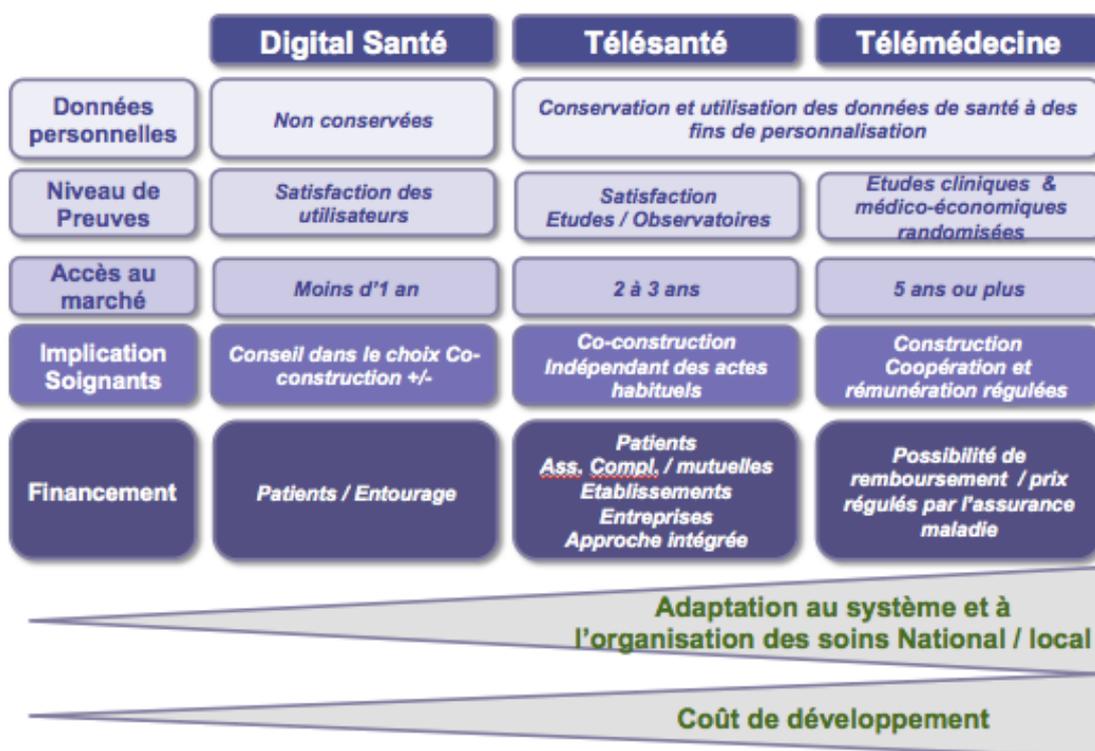


Si la e-santé peut être une aide pour le patient, la télémédecine est en soi un parcours de soins, car elle illustre la coordination nécessaire entre les différents partenaires qui accompagnent le patient dans la prise en charge de sa maladie. En effet, dans un système de télémédecine, les partenaires doivent travailler ensemble et articuler leurs actions. Le bénéfice est dans l'accompagnement du patient et dans son implication directe. Paradoxalement beaucoup de patients déclarent avoir retrouvé un lien avec leur médecin avec un système de télémédecine. Quant aux professionnels de santé, ils se retrouvent à devoir échanger sur un dossier ou un

patient via une interface technique d'échange de données. C'est à ce niveau qu'interviennent les nouveaux métiers, comme les infirmières de télésurveillance par exemple.

Il est également important de noter que le médecin qui est acteur dans une solution de télésurveillance, et qui est donc déchargé d'une surveillance au quotidien des patients, peut ainsi consacrer plus facilement ses consultations aux cas les plus graves demandant plus de temps.

II/ Les déterminants des modèles industriels de la e-santé



Il faut bien distinguer la digital santé, la télésanté et la télémédecine :

La « **digital Santé** » concerne par exemple les fiches de cuisine pour patients diabétiques, les applications mobiles liées à l'exercice physique, la cartographie des lieux de santé etc...

La « **télesanté** » concerne les applications qui accompagne le patient et requière des données de santé, mais qui ne seront pas analysées par un professionnel de santé : Télé-observance, accompagnement nutritionnel / activité physique, éducation aux traitements, dossiers médicaux informatisés. Habituellement, elle n'implique pas le médecin du patient même si le patient peut envoyer des données/résultats à son médecin (qui ne les a pas expressément demandés).

Enfin, la « **télémédecine** » est définie par la Loi HPST de 2009 et le décret d'application de 2010, comme un ensemble d'actes médicaux réalisés à distance par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) : Téléconsultation, Téléexpertise, Télésurveillance médicale, Téléassistance médicale, Samu. La télémédecine a bien évidemment pour objectif principal d'améliorer l'accès à des soins de qualité dans les « déserts médicaux » mais elle est également là pour assurer la coordination des soins entre professionnels de santé

pour une meilleure optimisation de la prise en charge et des traitements des patients. La télé-médecine engendre des décisions et/ou des actes médicaux, c'est ce qui en fait une approche différente de la e-santé. La solution de télé-médecine se doit de répondre véritablement à un besoin médical à l'origine d'une recherche d'une réponse technologique, et elle ne doit pas être une « solution-gadget » à laquelle on va trouver une application médicale.

III/ La solution de télésurveillance Diabéo®

La solution Diabéo® est une solution de télésurveillance pour la prise en charge du traitement complexe du patient Diabétique de type 1 ou 2 traités par insulines avec un schéma basal-bolus

Naissance de Diabéo®

Une solution de télé-médecine est très souvent le fruit d'une rencontre et d'une coordination entre des professionnels de santé et d'industriels. Dans le cas de Diabéo®, le CERITD (Centre d'Etude et de Recherche pour l'intensification du traitement du diabète) était confronté à la problématique des patients diabétiques insulinés et qui ne parvenaient pas à équilibrer leur diabète. Il s'est donc tourné vers une start-up (Voluntis) qui a travaillé avec eux pour mettre au point une application de télésurveillance sur smartphone qui permettait d'accompagner le patient dans le suivi et l'adaptation de ses doses d'insuline, par l'intermédiaire d'algorithmes et la mise en place d'une télésurveillance assurée par une infirmière spécialisée en télé-diabétologie. Sanofi, 3ème partenaire, a été le partenaire industriel qui de par sa connaissance de l'environnement thérapeutique, réglementaire et institutionnel, permet d'accompagner ce projet dans sa phase de développement et la mise en œuvre d'une étude clinique de grande envergure.

Cette solution répond également à la nécessité d'optimiser le temps médical consacré aux patients, pour que les professionnels de santé puissent se concentrer sur les patients « graves », tout en assurant un suivi de l'ensemble de leurs patients plus fréquemment. Du point de vue des payeurs, cette solution de télé-médecine de par son impact sur la morbi-mortalité et l'organisation des soins devrait permettre une optimisation des allocations de ressources tant financière que médicales.

Comment ça marche ?

Une prescription médicale définit les objectifs pour le patient et définit les paramètres d'intervention de l'infirmière de télé-diabétologie. Diabéo permet de calculer les doses d'insuline, et effectue un traitement des données via des analyses préprogrammées (observance, augmentation de glycémie, etc.) L'infirmière intervient régulièrement en regardant quotidiennement ces messages d'analyses et les données afférentes au patient. Elle peut à tout moment rentrer en contact avec le patient et avec le médecin diabétologue. Ce fonctionnement est efficient mais requiert une organisation lourde, car il faut que tous les acteurs se coordonnent. La délégation de tâches prend ici tout son sens, le protocole de coopération professionnelle encadre les actes dérogatoires susceptibles d'être effectués par une infirmière.

Résultats

Les premiers résultats issus d'une première étude montrent un bénéfice sur l'HbA1c, marqueur de l'efficacité du traitement, comparable à ce que qu'on obtient, à ce jour, avec les meilleurs médicaments. On a donc un bénéfice additionnel important. Par ailleurs, on n'observe ni augmentation du risque hypoglycémique, ni un allongement du temps de consultation. La solution pourrait permettre également des économies sur les transports sanitaires, les hospitalisations, l'absentéisme, ...

L'étude Télésage, actuellement en cours, va permettre d'évaluer la confirmation de ce bénéfice clinique sur un plus grand nombre de patients et sur une plus longue durée de suivi et sera également la première étude consacrée au télé-suivi du patient diabétique insulino-traité afin d'en évaluer l'impact médico-économique et sur l'organisation de soins.

A terme, pour la solution Diabéo® il est envisagé, au regard des bénéfices apportés, une demande prise en charge par l'assurance maladie.

Nadia Frontigny (Orange) - Nouvelles technologies, nouvelles coordinations? Transformation digitale de la santé et évolution des métiers

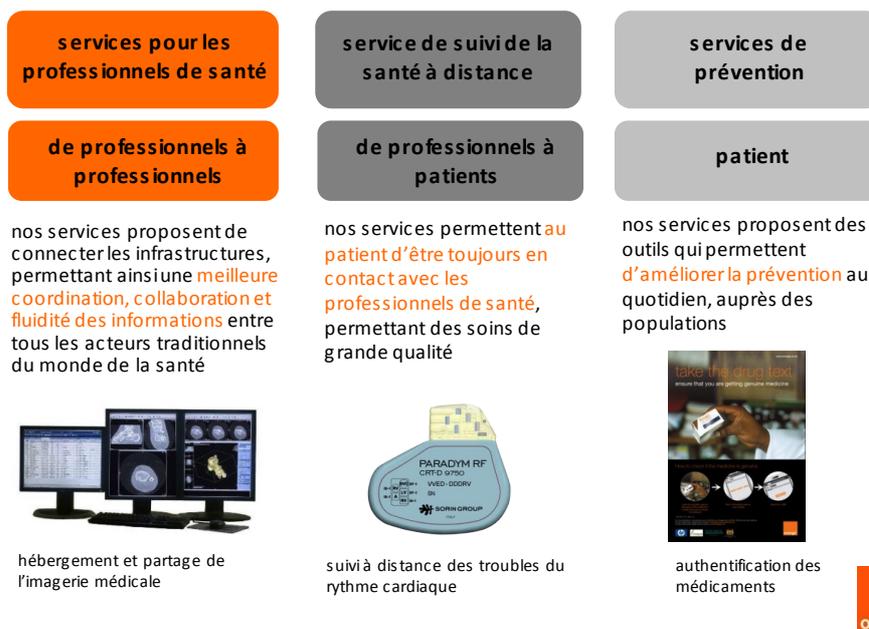
I/ Orange et la santé

Orange est un acteur ancien dans le domaine de la santé et œuvre dans trois domaines.

Pour les professionnels de santé d'abord, où Orange apporte des solutions d'hébergement de données et de télécommunication. Ainsi, Orange est le premier opérateur de télécommunication agréé par le Ministère de la Santé pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel.

Pour les particuliers ensuite : dans les services de prévention, il y a beaucoup d'innovations où smartphones et objets connectés rencontrent un grand succès. Au Cameroun, Orange vient de lancer une solution permettant d'envoyer un SMS à une hotline médicale et de recevoir une réponse circonstanciée de la part d'un pool de médecins (par SMS également).

Enfin pour la e-santé et la télémédecine ; Orange rend communicants avec succès des équipements tels que les défibrillateurs (Sorin Group) ou les appareils respiratoires. Cependant les expérimentations de télésurveillance médicale ou non médicale, si elles sont accueillies avec beaucoup d'intérêt par les professionnels et les bénéficiaires, note Nadia Frontigny, tardent à être déployées à grande échelle.



II/ Un exemple de projet porté par les acteurs du médical : CardiAuvergne

L'exemple du projet CardiAuvergne est une bonne illustration du succès d'un projet de télé-médecine mais également des difficultés rencontrées pour un déploiement massif de ce type de service.

CardiAuvergne est un service de télésurveillance et de coordination des soins de l'insuffisant cardiaque. Ce projet est piloté par le Pr. Cassagnes qui voulait un meilleur suivi de ses patients de plus de 60 ans après un accident vasculaire. Au-delà de la plateforme technologique qui permet la surveillance quotidienne du poids du patient à travers une balance connectée, le Pr. Cassagnes a recruté une équipe formée d'une infirmière et d'une assistante sociale, de façon à coordonner tout le réseau de ville autour du patient. Cela présente de nombreux avantages :

- Le système permet un suivi global du patient par tous les professionnels de santé du parcours de soins, médicaux et para médicaux,
- ainsi qu'un partage par l'ensemble des acteurs du dossier patient ;
- il s'agit également d'un outil de coordination ville-hôpital ;
- le patient est pris en charge de bout en bout ;
- le dossier patient est au cœur du dispositif ;
- enfin, le système met en œuvre un télé-monitoring continu.

Les résultats sont extraordinaires : sur 558 patients suivis depuis 1 an par ce dispositif, le taux de mortalité a été divisé par deux, et le taux de ré hospitalisation a été divisé par 3.

L'innovation pour ce projet est technologique certes, mais elle est avant tout métier : nouvelles compétences d'écoute et de coordination des professionnels, nouvelle organisation au travers de la cellule de coordination et nouveau modèle financier qui reste encore à imaginer, le financement de ce projet n'étant pas assuré dans la durée.

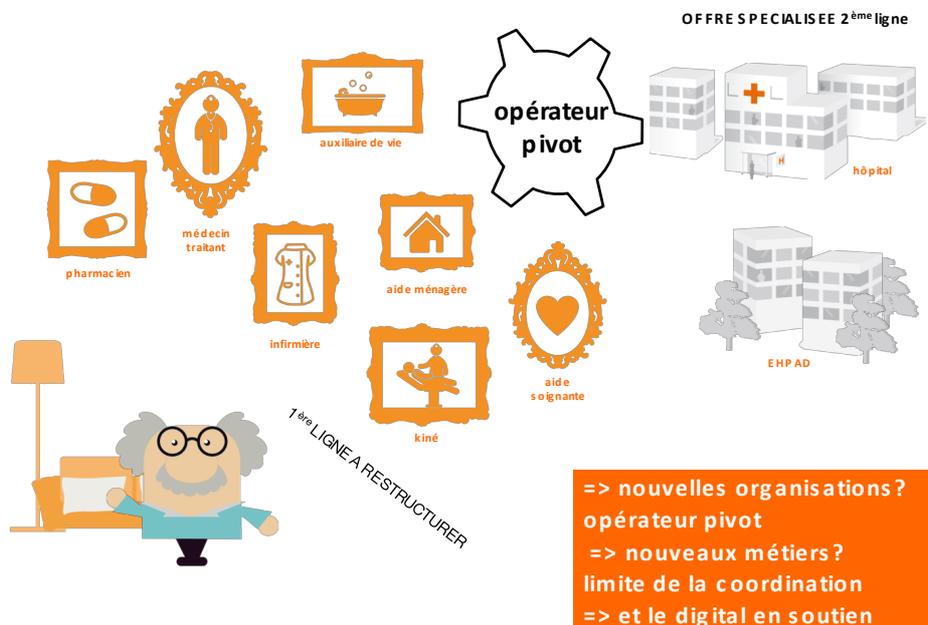
III/ Transformation numérique du domaine santé : évolution des métiers et des organisations

Les technologies numériques sont prêtes et rendent notoirement service, mais pour qu'elles soient déployées au delà des expérimentations, il faut repenser les organisations et les métiers comme le montre l'exemple de CardiAuvergne.

En effet, les métiers du social, du médico-social et du sanitaire sont des métiers d'expertise : la coordination des acteurs est d'une très grande complexité, si on en met le bénéficiaire (patient, personne âgée...) au centre.

N'est-il pas temps d'examiner, à la lumière des nombreuses expérimentations, l'évolution des métiers pour éviter ces coordinations dont l'efficacité est parfois questionnée, notamment par les aidants familiaux ? N'est-il pas temps de mettre en place de nouvelles organisations plus robustes, avec la montée en fragilité de la génération nombreuse du baby boom ?

Le vieillissement de la population interpelle le modèle actuel



Le domaine de la santé, du fait du vieillissement de la population et de la prévalence des maladies chroniques, a une révolution à opérer. En tant qu'acteur du numérique, Orange peut soutenir cette transformation qui est d'abord une transformation des métiers et des organisations.

Alexandre Mathieu Fritz - Comment les nouvelles technologies médicales contribuent-elles à produire de la coordination ? Pour une approche par le travail.

La présentation d'Alexandre Mathieu-Fritz vise à mettre en évidence l'intérêt de développer une analyse du travail des professionnels de santé qui sont censés intégrer de nouvelles technologies médicales ayant vocation à produire de nouvelles formes de coordination entre professionnels de santé et avec les patients. Elle repose sur l'analyse des usages du dossier médical personnel (DMP) et des dispositifs de télémédecine, à savoir deux types de technologie dont le développement et l'utilisation sont soutenus par des politiques publiques de santé.

Pour que les technologies médicales fonctionnent, des réglages et des ajustements sont nécessaires dans les relations avec le patient et dans les pratiques, mais aussi dans l'organisation du travail et la répartition des tâches. D'où l'intérêt d'analyser les usages et donc les modalités d'appropriation des technologies médicales tels qu'ils se donnent à voir *en situation* et de les replacer dans le contexte d'exercice professionnel des acteurs concernés.

I/ Pourquoi le DMP n'a-t-il pas joué son rôle en matière de coordination ?

Objectifs et définition du DMP

Le DMP intègre tout un ensemble de données médicales dans un dossier sécurisé accessible en ligne qui est conservé auprès d'un hébergeur de santé agréé. Son objectif principal est d'améliorer la communication et la coordination entre différents professionnels de santé – entre médecine de ville et établissements de soins, entre médecins et avec les professionnels de santé paramédicaux. Le but affiché est d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins, en évitant notamment la redondance des examens et les risques iatrogènes liés à la prescription de médicaments.

Concernant le DMP, les objectifs fixés en termes d'usages et plus précisément de coordination n'ont pas été atteints – en dépit de l'engagement très fort de toute une série d'acteurs locaux –, tant du côté institutionnel que du côté des professionnels de santé. L'objectif initial du DMP est extrêmement ambitieux : créer un dossier médical communiquant pour la majorité des assurés sociaux (quels que soient leur âge, leurs problèmes de santé, leur mode de prise en charge médicale, etc.). Le DMP s'adresse ainsi potentiellement à toute la population de patients, qui est extrêmement diversifiée. Les espoirs placés dans le DMP sont réels, mais les attentes sont nombreuses et varient notamment selon les spécialités médicales.

Les facteurs explicatifs de l'échec du DMP sont multiples. Ils sont liés à la manière dont le DMP et ses objectifs ont été envisagés au plan politique et à la façon dont la technologie a été conçue au plan technique. Ces facteurs sont liés aussi aux contextes dans lesquels les usages du DMP sont censés se développer. La grande variété des contextes d'utilisation explique la diversité des usages, qui varient d'un professionnel à l'autre quant à la nature des documents déposés et jugés pertinents pour favoriser la coordination. Certains professionnels ne font apparaître que les documents jugés nécessaires pour faire face à une situation d'urgence, d'autres praticiens opèrent des formes de sélection différentes et ne créent et ne remplissent le

DMP que pour certains patients – *e.g.* les cas complexes, comme les patients âgés poly-pathologiques. Il y a ceux qui, au contraire, créent et remplissent le DMP pour tous les patients, en ne faisant apparaître que ce qu'ils jugent important, mais la définition de ce qui est « important » varie : certains médecins font apparaître l'intégralité des documents en leur possession et cherchent à reconstituer l'histoire médicale la plus complète possible de leurs patients. Par ailleurs, il y a ceux qui sont plutôt lecteurs du DMP, alors que d'autres sont créateurs et alimentent beaucoup les dossiers en documents.

Une telle variété d'usages conduit à la production de DMP hétérogènes, qui, souvent, ne satisfont pas aux attentes des professionnels utilisateurs, lesquels abandonnent généralement leurs usages au bout de plusieurs utilisations jugées infructueuses. Cette variété d'utilisation s'explique notamment par une absence de normalisation des pratiques et des informations à placer dans chaque dossier, absence liée elle-même à celle de débats avec les professionnels de santé à ce sujet. De même, on ne sait pas qui est responsable du DMP, c'est-à-dire qui « maintient » la base de données que représente chaque dossier. Pour comprendre les difficultés d'appropriation du DMP, il faut aussi prêter attention au contexte d'utilisation, qui est celui, déjà très chargé, de la consultation. Le DMP vient s'ajouter à d'autres outils (logiciel de professionnel de santé (LPS), carte vitale, téléphone, messagerie sécurisée) et son utilisation prend beaucoup de temps : les médecins utilisateurs remplissent souvent le DMP en dehors du temps de consultation. S'ajoutent à cela des problèmes techniques : problèmes d'interopérabilité avec le logiciel de professionnel de santé (bugs, plantages, etc.) et problèmes d'ergonomie du logiciel DMP lui-même. Enfin, les médecins libéraux ne sont pas rémunérés pour « faire du DMP » et n'ont pas l'obligation de l'utiliser.

II/ La télémédecine : des réussites encore inégales en matière de coordination

Objectifs et définition de la télémédecine

La télémédecine est définie juridiquement comme un ensemble d'actes médicaux réalisés à distance par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle comprend les téléconsultations, ainsi que les actes de téléexpertise, de télésurveillance et de téléassistance médicales. La télémédecine a pour objectifs principaux d'améliorer l'accès à des soins de qualité dans les territoires isolés afin de corriger les éventuelles inégalités et les pertes de chance qui peuvent en découler, ces territoires isolés étant souvent à basse densité médicale et soignante. Elle a également pour but d'améliorer la coordination des soins entre professionnels de santé.

Le cas de la télémédecine est différent de celui du DMP dans la mesure où un grand nombre de réseaux de télémédecine et d'usages se développent. Ces réseaux semblent fonctionner pour le moment plutôt à petite échelle – *i.e.* un réseau avec un nombre de points relativement réduit – et l'on voit émerger, dans ce cadre, des formes de coordination nouvelles. Cependant, il y a encore beaucoup de projets de télémédecine qui peinent à voir le jour. Autrement dit, les dispositifs techniques sont financés mais ne sont pas utilisés concrètement, notamment en raison d'un manque de coordination et de management dans la mise en place des projets concernés, mais aussi parce que le travail des professionnels n'a pas été suffisamment pris en compte. Dans certains cas, on a considéré *a priori* qu'il fallait simplement vérifier si ceux qui étaient censés être les principaux acteurs du dispositif étaient bien « technophiles », *i.e.* qu'ils

étaient potentiellement amateurs de nouvelles technologies. Bien souvent, l'« amour des techniques » n'a que peu à voir avec l'utilisation des dispositifs techniques.

A l'occasion du développement de la télémédecine se créent de nouvelles formes de coordination qui se caractérisent par la transformation des pratiques professionnelles. Certaines de ces transformations touchent au cœur du métier des médecins.

A l'occasion de téléconsultations médicales ont été observées, entre professionnels de santé, diverses *formes de mutualisation instantanée des connaissances cliniques et médicales* qui donnent parfois lieu à de riches échanges et qui laissent place aux interventions du patient. Ici, les effets de la coordination peuvent s'apprécier à travers l'accélération de la circulation des savoirs cliniques et médicaux. Le développement de la télémédecine concourt aussi à la *délégation des tâches* « de l'autre côté » du dispositif. Pour que la téléconsultation puisse avoir lieu, il faut que le médecin spécialiste délègue au professionnel de santé situé aux côtés du patient certaines tâches en vue de la réalisation à distance de l'examen clinique et du diagnostic. Cette délégation s'effectue sous le contrôle du spécialiste et nécessite des efforts de la part du délégateur et du délégataire. Surtout, cette délégation concerne des activités touchant directement à la production du jugement médical. Elle peut ainsi poser problème aux professionnels qui délèguent, car il ne s'agit pas ici de tâches subalternes, mais de tâches situées au cœur du métier : la délégation ne va donc pas du tout de soi, d'autant plus qu'elle implique de devoir accepter qu'un professionnel de santé moins spécialisé réalise ces tâches (comme lorsqu'un chirurgien orthopédique délègue des tâches d'accompagnement de mouvement à un kinésithérapeute). De plus, délégateur et délégataire doivent produire de réels efforts pour que la délégation puisse avoir lieu : le premier doit verbaliser des tâches incorporées pour guider le second qui doit accepter avec humilité de devenir les mains, les yeux et les oreilles du délégateur.

Autre effet inattendu de l'intégration des dispositifs de télémédecine : les relations entre acteurs des soins constituent l'occasion de *transmettre savoirs et savoir-faire*, transmission suscitant des formes de « montée en compétences » des délégataires et favorisant la constitution de « micro-collectifs » de travail. Les nouvelles formes de coordination produites structurent ainsi de nouveaux groupes d'acteurs. Des modes d'appropriation – et, finalement, de coordination – diversifiés et inattendus sont observés : par exemple, certains considèrent que la télémédecine est l'occasion de transmettre de bonnes pratiques – ce qui n'est pas toujours apprécié par ceux qui sont censés apprendre. Ces formes de transmission témoignent de l'extension relative du domaine d'intervention des spécialistes consultés grâce au dispositif. Si la téléconsultation constitue un espace de coordination et de coopération, elle représente aussi un *espace de jugement* : dans un des terrains étudiés, l'équipe soignante, face aux critiques du spécialiste du CHU, est amenée à justifier ses pratiques de travail habituelles. Se rejouent ainsi dans le cadre des téléconsultations les formes de subordination propres au monde médical et paramédical, lesquelles peuvent, potentiellement, constituer un frein au développement de la télémédecine.

Conclusion

L'analyse du travail tel qu'il est effectué en situation permet à la fois de faire émerger certains obstacles à la coordination entre professionnels de santé et d'appréhender la complexité et la

diversité des activités de travail requises par l'intégration de nouvelles technologies médicales. Une approche de la coordination (ou de la non coordination) par l'analyse du travail permet de comprendre comment et pourquoi – *i.e.* de quelles façons et selon quelles logiques d'action – les acteurs concernés utilisent ou, au contraire, n'utilisent pas telle ou telle technologie de santé et contribuent, ainsi, au succès ou à l'échec de certaines politiques publiques de santé. Lorsque ces dernières échouent à produire de la coordination, on constate souvent que les activités de travail concrètes et les conditions de travail n'ont pas été réellement prises en compte – alors que cela aurait pu être entrepris, notamment au cours de la phase expérimentale des projets. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, le travail réel constitue souvent la part oubliée ou un impensé des politiques publiques de santé, alors même que celles-ci se proposent de le transformer.

En bref, prendre en compte le travail réel de tous les professionnels concernés par l'usage d'une technologie médicale constitue l'une des conditions de réussite des politiques publiques de santé dont l'application concrète repose sur l'utilisation de cette technologie.

Pour aller plus loin

- Madeleine Akrich, Cécile Méadel, « Problématiser les usages », *Sciences Sociales et Santé*, 2004, 22 (2), (pp. 5-20).
- Laurence Esterle, Alexandre Mathieu-Fritz et Pierre Espinoza, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, 2011/2, n°2-3, (pp. 63-79).
- Alexandre Mathieu-Fritz, Laurence Esterle et Pierre Espinoza, « Les téléconsultations médicales en gérontologie », *Soins gérontologie*, n°93, janv./février 2012, (pp. 23-27).
- Alexandre Mathieu-Fritz, Laurence Esterle, « Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant. Analyse d'une expérimentation du dossier médical personnel (DMP) », *Re-seaux*, 2013, n° 178-179, (pp. 223-255).
- Alexandre Mathieu-Fritz, Ronan Rouquet « Le dossier médical personnel (DMP) et ses secrets », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, janvier 2014, (pp. 76-78).
- Alexandre Mathieu-Fritz et Laurence Esterle, « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches », *Revue française de sociologie*, 2013/2, vol. 54, (pp. 303-329).
- Laurence Esterle, Alexandre Mathieu-Fritz, « Teleconsultation in geriatrics: Impact on professional practice », *International Journal of Medical Informatics*, 2013, n° 82, 2013, (pp. 684-695).
- Marie Raveyre, Pascal Ughetto, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2003, (pp. 95-119).

Yann Bourgueil – Conclusion : généraliser la coordination

(Texte rédigé par Yann Bourgueil)

Arrivé au terme d'une journée aussi riche et aussi dense, traiter la question de la généralisation de la coordination en termes de conclusion est un défi sérieux.

De fait, il me semble que nous avons beaucoup parlé d'innovations plutôt que de coordination ou pour être plus précis, d'innovations visant à modifier les processus de coordination dans le système de soins, où pour parler en économiste d'innovations visant à modifier les fonctions de production des soins.

En effet, nous avons entendu après une large introduction à deux voix sur les enjeux de la coordination de nombreux exposés et témoignages. Ceux-ci portaient sur des innovations organisationnelles et leur consolidation comme les expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maison et centres de santé, mais également les initiatives variées relatives à l'émergence des nouveaux métiers ou plutôt des nouvelles fonctions de la coordination et enfin les espoirs mis dans les innovations associant les nouvelles technologies comme la télé-médecine permettant le suivi à distance des patients.

De fait, fort d'une expérience de plus de 20 années dans l'observation, l'étude et l'analyse des processus d'innovations, notamment organisationnels dans le champ de la santé, je mesure combien la question de la généralisation de ces innovations est une question lancinante, toujours renouvelée, et souvent décevante pour les innovateurs face à la très forte stabilité/solidité/résistance du système de soins et de ses équilibres.

Il est vrai que l'on parle d'un secteur économique et social qui représente 194 milliards d'euros pour les seules dépenses de l'assurance maladie en 2013, au sein duquel travaillent près de deux millions de professionnels de santé et qui comporte de très nombreux acteurs sociaux aux intérêts divergents sinon contradictoires. Le système de santé, à l'instar du système éducatif est également l'expression de valeurs constitutives de notre identité nationale et à ce titre est un sujet éminemment politique. Modifier les équilibres installés depuis plusieurs dizaines d'années au nom de la coordination ne se fait donc pas simplement et l'actualité immédiate avec la contestation des propositions de la loi santé comme la généralisation du tiers payant par les syndicats de médecins libéraux en est un exemple patent.

Enfin et c'est un élément qui va guider une grande partie de ma présentation, poser la question de la coordination des soins et de son évolution, c'est ouvrir la boîte noire du contenu de l'organisation du travail des soignants, intervenants dans les « prises en charge » - Dominique Somme nous a d'ailleurs bien rappelé le sens ambiguë de ces termes qui met le patient en position passive - des malades. Poser la question de la modification ou la généralisation de la coordination c'est, poser la question des rôles, des identités individuelles et collectives, des rentes, des hiérarchies de rémunération mais également des hiérarchies symboliques plus ou moins explicites, bref c'est se confronter à ce qui est une caractéristique des systèmes de santé à savoir ; le fait professionnel.

Donc poser la question de la généralisation de la coordination en santé, c'est nécessairement poser la question de l'évolution adaptation de l'organisation des soins, du travail de soins

mais également de l'organisation des professions et/ou de son articulation/opposition avec des démarches extérieures aux professions visant à rationaliser l'organisation des soins et du travail de soins en se fondant sur la légitimité de l'intérêt général souvent traduite en terme d'une plus grande efficacité (notion au demeurant rarement explicitée).

Le plan de mon intervention va donc consister à définir la coordination et sa spécificité en santé, exposer les raisons actuelles du succès de ce concept, les lieux et modalités de ses évolutions qui rejoignent celles que nous avons rencontrées aujourd'hui, mais pas seulement, et enfin repérer quelques écueils et proposer quelques pistes pour aborder la question de sa généralisation dans une visée transformatrice du système de santé qui pourrait relever d'une stratégie de santé.

La coordination du travail et ses spécificités en santé

La coordination est au cœur de l'organisation du travail et la réponse à la division de celui-ci consécutive à la spécialisation des tâches. Plus la situation de travail requiert des compétences multiples, et donc une division des tâches, plus la coordination est déterminante pour la réalisation de l'objectif assigné à la situation de travail ou de gestion⁶.

Dans le champ de la santé, comme dans d'autres secteurs, le progrès continu des connaissances est un facteur considérable de spécialisation. De plus, l'activité de soigner est par nature complexe, soumise à l'aléa (acutisation, crise...), coproduite avec le malade et/ou son entourage et singulière. La capacité à se coordonner repose donc de fait en large partie sur les professionnels au contact avec les patients qu'ils soient en situation de soins aigus ou chronique (la prévention de l'acutisation d'une situation chronique reposant en grande partie sur la coordination) et c'est en grande partie au travers du processus de formation et de qualification largement autant pratique que théorique, que les professionnels de santé apprennent, le plus souvent sans le savoir, à se coordonner. La coordination en santé se fait donc en grande partie par la standardisation des qualifications (H Mintzberg), donnant ainsi une place très importante au processus de formation et aux pairs. La logique professionnelle (au sens de Freidson à savoir monopole délégué, maîtrise des connaissances, de la formation, cadre déontologique et de régulation spécifique par les membres de la profession) qui vise l'autonomie au travers de la clôture d'un champ/juridiction va dès lors influencer la division du travail et donc souvent compliquer la coordination. Notons que la spécialisation qui ne se limite d'ailleurs pas aux médecins est associée à la différenciation professionnelle.

Les quatre autres mécanismes de coordination identifiés par Mintzberg que sont l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des processus et des résultats se retrouvent également dans l'activité de soins mais avec des degrés moindres et de façon plus récente pour les deux derniers avec des résultats plus que mitigés en terme d'implantation et d'efficacité. Le mouvement de déploiement des guidelines fondés sur « l'evidence base medicine » surtout quand il s'étend aux parcours de soins peut s'apparenter à une démarche de rationalisation externe de l'organisation du travail avec un bureau des méthodes (l'HAS) chargé de définir les processus de travail (protocoles) et viser ainsi la bonne coordination par la standardisation des processus de travail. Le paiement par objectif généralisé avec la ROSP

⁶ L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode – J.Girin – épistémologies et sciences de gestion – Economica.

(Rémunération par Objectifs de Santé Publique), peut lui également être considéré comme une démarche de standardisation des résultats, les professionnels de santé ayant toute liberté pour s'organiser pour atteindre un objectif défini et mesurable.

La coordination des soins en question et les solutions proposées

Pointé depuis de nombreuses années, que ce soit à la suite de l'épidémie du Sida qui a conduit au développement de multiples initiatives de coordination puis à la politique des réseaux de soins, où aux multiples initiatives successives et la plupart du temps inachevées de coordination gérontologiques (1985, CLIC, Maia, etc...), l'écart entre les évolutions des besoins et de la demande de soins avec l'organisation de soins est ancien et a fait l'objet d'initiatives multiples. Aujourd'hui, la pression sur les dépenses de santé étant croissante, cet écart apparaît de plus en plus net, pour être désormais pointé comme un enjeu par le HCAAM et se retrouver au cœur de cette journée. L'allocation des ressources dans le système de soins, n'apparaît en effet pas optimale au regard des exigences d'équité et d'efficacité. Travailler à l'organisation du système de soins pour plus de coordination s'impose désormais comme une ardente obligation.

La coordination fait dès lors l'objet d'expérimentations et d'innovations, à l'instar de ce qui a été présenté que je propose de classer selon les lieux où elles sont menées et les solutions proposées.

Les lieux de la coordination sont multiples

L'hôpital, tout d'abord. Organisation dont la gestion de la complexité et de la singularité à grande échelle est l'enjeu principal selon la thèse d'Etienne Minvielle fait l'objet de très nombreux travaux, publication, expérimentations et réformes. Le film Hippocrate que je vous invite à voir, illustre très bien les difficultés d'ajustement et de coordination posées par l'irruption dans un contexte d'urgence de patients très malades ou très âgées chez qui seront menés de multiples soins, techniques, lourds, douloureux et dont la pertinence pose question. Chacun agit selon sa logique, sa finalité (chirurgien, réanimateur, responsable de service). Mais qui répond aux attentes du malade et donc assume la responsabilité de la stratégie thérapeutique au regard des attentes du patient, sa famille et la maladie ? N'assiste-t-on pas à une forme de dilution de la responsabilité et finalement d'abandon des personnes malades au bénéfice des corps malades ?

Le gestionnaire de lit que met en place l'AP-HP et qui nous a été présenté par madame Zantman constitue une innovation de coordination au sein des hôpitaux, le rôle de l'infirmière de greffe étant plutôt celui d'une reconnaissance d'une pratique déjà bien en place. On peut penser que toutes deux se généraliseront facilement dans le cadre hiérarchique de l'AP-HP, ce qui sera sans doute plus compliqué pour les deux autres fonctions de pratiques avancées que sont le coordinateur(trice) de parcours de santé d'une part et l'infirmière clinicienne en pratique avancée d'autre part. Deux fonctions qui devront trouver leur place dans un cadre plus large que le seul hôpital.

Le secteur ambulatoire a fait et fait toujours l'objet de nombreuses expériences de coordination. Il prend aujourd'hui une importance particulière dans le cadre de la stratégie de santé dont témoigne le discours général sur les parcours de santé et le renforcement également dans

les discours sur les soins primaires. Il y a effectivement un consensus général en France ainsi qu'à l'étranger pour reconnaître l'importance de la structuration de ce secteur pour soigner et suivre un nombre croissant de personnes atteintes de pathologies multiples, chroniques invalidantes dont le souhait est de rester à domicile. L'histoire des réseaux de soins dans les années 90 est intéressante comme échec de généralisation de la coordination. Leur développement important impulsé par l'état a été progressivement absorbé par l'hôpital plus capable de capter les ressources et subventions multiples proposées par les administrations. Ce processus de spécialisation a débouché sur un empilement de réseaux par spécialités médicales voire par maladies intégrant au final peu de patients et de médecins de ville. Ces réseaux dont les orientations générales et le cadre d'évaluation étaient faibles ont été jugés au final inefficaces d'un point de vue populationnel et sont aujourd'hui invités à disparaître ou se déspecialiser. Depuis 10 ans, la réforme du médecin traitant de 2004, la reconnaissance progressive de la médecine généraliste à l'université et dans la loi, et le soutien aux formes d'organisation pluri-professionnelles de la médecine de ville réorientent la coordination vers les équipes de soins primaires. Parce que cette politique s'appuie sur la tendance naturelle au regroupement des médecins généralistes, et donc sur la dynamique professionnelle, elle me paraît présenter des potentialités plus importantes de consolidation et de généralisation mais à certaines conditions d'encadrement et d'accompagnement que je proposerais en guise de conclusion.

Le territoire, par exemple dans le cadre de l'initiative PAERPA (Personnes âgées en Risque de perte d'Autonomie) est également envisagé comme l'espace structurant de la coordination notamment dans une visée d'intégration des acteurs des secteurs sociaux et sanitaire. C'est également dans cette visée territoriale que Pierre de HAAS envisage la mutualisation de compétences/fonctions partagées entre unités de production de base en soins primaires. L'institutionnalisation du territoire de proximité en terme de gouvernance reste à ce jour une question problématique, revendiquée par l'hôpital, le secteur libéral, l'ARS et au final une question non résolue quoique explorée dans le cadre de PAERPA. La loi santé aborde ce thème par la notion de « service territorial de santé au public » aujourd'hui fortement contestée.

Les solutions de coordination sont également multiples et relèvent de logiques très différentes relevant d'acteurs également divers

L'introduction de nouveaux acteurs en charge de la coordination, comme cela a été très bien illustré dans la table ronde animée par Magali Robelet est une approche très classique et depuis qu'elle a été introduite au début des années 80 en échec récurrent de son institutionnalisation – Dominique Somme nous a bien expliqué le refus de la tutelle d'inscrire le gestionnaire de cas MAIA dans un cadre juridique permettant la reconnaissance officielle de ce métier-. Il semble, et c'est ce que nous avons constaté avec Magali Robelet, lors d'une recherche sur la coordination dans les réseaux gérontologiques et de soins palliatifs que la coordination⁷ ne se constitue pas véritablement en métier, encore moins en profession, mais plutôt comme un ensemble de nouvelles fonctions pour des métiers existants, voire une étape dans une évolution professionnelle. Finalement la coordination n'est-elle pas soluble dans les professions et ne relève-t-elle pas en grande partie d'une évolution de l'organisation du travail et des contextes de travail progressivement intégrés dans les professions existantes ? Ou pour le

⁷ La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles – Robelet, Serre, Bourgueil – RFAS n° - 2005.

formuler autrement, quelles sont les fonctions de coordinations qui ne peuvent être intégrées dans une nouvelle organisation du travail et d'une nouvelle organisation des professions ? la généralisation de la coordination ne relèverait alors pas de la généralisation de nouveaux métiers, mais plutôt d'une évolution du contenu des métiers eux-même ? On peut également mettre en perspective cette question avec la démographie globale et relative des professions entre elles. Plus il y a de médecins, moins il y a d'espace et d'opportunités pour des professions intermédiaires et réciproquement. Ce serait donc en agissant sur les nombres de professionnels et les contextes d'exercice et de formation que seraient déterminées les conditions de généralisation de la coordination ?

L'introduction de nouveaux métiers de la coordinations par des initiatives de rationalisation externe de la coordination comme l'initiative PRADO (programme de retour au domicile) initiée par la CNAMTS présente cependant de son côté un fort potentiel de généralisation dans la mesure où elle est portée par un opérateur doté d'autonomie élevée et d'une forte capacité d'investissement du fait de son monopole. Cette démarche rejoint celle qui a été présentée avec l'expérience de Sanofi, visant à coordonner le suivi de patients diabétiques sévères par une infirmière au téléphone. Ces initiatives sont perçues comme concurrentes avec des innovations organisationnelles portées par les acteurs professionnels comme l'expérience ASALEE. Se pose alors la question de la coordination des solutions de coordination où le choix entre ces formes alternatives de coordination. Il y a là dès lors, un véritable enjeu pour l'évaluation qui si le décideur soutien de telles approches peut permettre d'éclairer des choix publics difficiles en comparant ces deux modèles et en permettant de clarifier les options en présence dans une visée démocratique.

Les solutions techniques, dont le DMP, et la télémédecine dont il a été bien rappelé qu'elle ne se développe toujours pas depuis 20 ans ont été présentées comme les solutions permettant de résoudre à terme les problèmes de coordination. Les échecs retentissants de ces démarches, au demeurant fort coûteuses au regard des faibles résultats qu'elles apportent, témoignent d'une vision naïve des enjeux liés à l'organisation du travail en santé et surtout dans des systèmes de soins peu hiérarchiques comme le secteur ambulatoire, voire d'un recours à l'outil comme solution aux problèmes de coordinations qui relève de la pensée magique. Là encore, c'est l'absence de prise en compte du fait professionnel mais également le rôle des patients, ce que nous pourrions également appeler le réel, soit par ignorance soit par volonté de contourner un obstacle bien encombrant, qui explique les limites de l'approche par les seuls outils techniques. Ces approches simplificatrices sont contreproductives alors que les technologies de l'information sont objectivement porteuses d'un potentiel très important d'amélioration de la circulation de l'information et donc de support à des pratiques plus coordonnées. N'est-ce pas leur contextualisation qui est déterminante ?

La modification des organisations de soins elles-mêmes, cabinets de groupes, structures pluri-professionnelles, établissements de santé est une voie mobilisée autour du mouvement des maisons de santé et du travail en équipes de proximité. Parce que s'appuyant sur un dynamique professionnelle elle me paraît plus prometteuse de changements durables à condition de privilégier une approche systémique visant à travailler simultanément l'évolution des pratiques, des rôles et fonctions, des systèmes d'informations et des modalités de rémunération.

Enfin pour conclure, je vous propose quelques repères pour travailler au développement de la coordination par l'introduction d'innovations organisationnelles et socio-techniques

Le premier, est de prendre appui sur l'investissement considérable qui est fait dans la ressource humaine en santé. L'augmentation du *numerus clausus* des médecins qui a plus que doublé depuis 1996 et qui est maintenu à un niveau très élevé augmente considérablement le nombre de médecins en formation. Cet investissement quantitatif (la moitié de ces médecins devrait être médecins généralistes) offre la possibilité de modeler les médecins de demain mais pour cela, il doit être doublé d'un investissement dans la capacité de formation et la production de savoirs adaptés, ce qui ne semble pas aujourd'hui le cas. Le nombre d'infirmier en formation est lui également très élevé et offre également des possibilités d'orientations nouvelles vers des fonctions et des formes d'exercice plus adaptées. Où sont-ils formés ? Pour quelles fonctions ?

Le second repère est celui du mouvement de regroupement des professionnels de santé et dans un premier temps principalement des médecins généralistes et particulièrement les jeunes qui se projettent dans des formes plus collectives d'exercice permettant une meilleure maîtrise de leur temps de travail et un cadre collectif plus conforme à leurs aspirations. Cette dynamique professionnelle conduit à l'émergence d'acteurs nouveaux, distincts de ceux qui sont actuellement en situation de négociation et pour tout dire principalement opposés à tous changements. Ces acteurs neufs sont également porteurs de formes d'organisations nouvelles pouvant conduire à terme à des réorganisations significative des rapports de force au sein du système de soins - un groupe de 5 médecins coordonnés a un pouvoir de négociation plus important avec les spécialistes de ville et l'hôpital, que 5 médecins isolés. Soutenir les porteurs d'innovation organisationnelles, qui se constituent en acteurs sociaux nouveaux en valorisant leurs pratiques, en leur permettant d'expérimenter de nouvelles formes de rémunération, de technologies de l'information et en inscrivant ces démarches dans un processus de valorisation scientifique me paraît constituer une voie sérieuse et prometteuse de généralisation de la coordination.

Mais au-delà des aspects organisationnels et de rémunération se pose la question de la constitution du socle de connaissances permettant de soutenir et étayer les pratiques empiriques si longtemps délaissées par le savoir académique principalement hospitalier et biomédical. L'enjeu de la conceptualisation et de l'étude spécifique des situations cliniques propres au contexte ambulatoire me paraît considérable. Par exemple, la notion même de polypathologie chronique, qui est employé si largement, se révèle être d'une très grande instabilité⁸ et constitue en soi un enjeu de recherche dans la mesure où cela peut permettre de fonder un modèle d'organisation sur un modèle conceptuel spécifique. La clinique n'est plus confinée au lit du malade mais doit également être étudiée, conceptualisée, modélisée en ambulatoire. On passerait de cas clinique à des situations cliniques élargies tenant compte de l'environnement

Cela reviendrait finalement à renouveler et moderniser le modèles des Academic Health Centers dessinés en 1910 dans le rapport Flexner et qui a si bien réussi au modèle bioclinique de la maladie et qui a fortement modelé la médecine et le système de soins au travers des CHU en France

⁸ *What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization T. lefèvre et al RESP 62 (2014)*

Les organisations de soins ambulatoires pluri-professionnelles, si elles sont envisagées sous le triple niveau de la pratique, la recherche et la formation peuvent dès lors constituer un point d'appui au développement de pratiques plus intégrées et coordonnées, associant nouvelles technologies, systèmes d'informations mais également les dimensions propres au patient et à son environnement. Ces pôles de références pluriprofessionnels ambulatoires, avec des missions de recherches et de formations dans le secteur ambulatoire, pourraient mutualiser certaines compétences à l'échelon de territoires de proximité (comme des ressources de gestion de systèmes d'information, comme évoqué par Pierre de Haas) dont l'étendue et la gouvernance sont à définir. Ces pôles, comme ce qui est d'ailleurs constaté dans l'évaluation qualitative réalisée par l'Irdes et présentée par Cécile Fournier constituent également à terme des interlocuteurs et des partenaires avec les secteurs sociaux d'une part mais également le secteur hospitalier. C'est d'ailleurs, une forme possible de contribution au service territorial de santé au public décrit dans le projet de la loi santé.

Généraliser la coordination en adoptant cette stratégie, nécessitera ***du temps*** et ***de la constance*** - deux vertus qui cadrent mal avec l'agenda des politiques – mais sont porteuses de transformations durables puisqu'elles permettront progressivement, selon notre théorie, de constituer progressivement le cadre d'exercice modélisant des pratiques coordonnées, évaluer leurs effets et permettre leur transmission par la formation.

Dans un tel processus de généralisation de la coordination, l'évaluation et plus généralement la recherche doit jouer un rôle essentiel notamment pour le pilotage de ce processus, mais également dans une démarche réflexive d'apprentissage sur les pratiques et les organisations les plus efficaces et efficientes en lien avec les processus de formation initiaux et continus.

Il s'agit alors de rassembler dans une démarche de projets à la fois des praticiens, des chercheurs de disciplines différentes en lien avec des instances de décision.

On s'éloigne dès lors d'un modèle d'évaluation finalisé par une décision de type go/no go pour s'inscrire dans une démarche d'évaluation continue et itérative, fortement associée à la recherche avec une attention portée sur le processus d'évaluation autant que sur les finalités. Une démarche du type de celle qui a été menée pendant 5 ans par l'équipe Prospere (Partenariat de Recherche pour l'Organisation des Soins de PrEmiers Recours⁹) dont il pourrait être opportun de s'inspirer dans une visée de généralisation à grande échelle de la coordination.

⁹ <http://www.irdes.fr/recherche/partenariats/prospere-partenariat-pluridisciplinaire-de-recherche-sur-l-organisation-des-soins-de-premiers-recours/actualites.html>



Le LIEPP (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques) est un laboratoire d'excellence (Labex).

Ce projet est distingué par le jury scientifique international désigné par l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Il est financé dans le cadre des investissements d'avenir.

(ANR-11-LABX-0091, ANR-11-IDEX-0005-02)

www.sciencespo.fr/liepp

Directeurs de publication:

Bruno Palier et Étienne Wasmer

Sciences Po - LIEPP

27 rue Saint Guillaume

75007 Paris - France

+33(0)1.45.49.83.61

liepp@sciencespo.fr