

Les maisons de santé : une chance pour la réforme du système de santé ?

Historique

S'interroger pour savoir si les Maisons de Santé (MDS) sont une chance pour la réforme du système de santé conduit inévitablement à se demander de quelle réforme du système de santé nous parlons ? Il est bon, pour tenter de répondre à cette question, de se souvenir des expériences précédentes qui, elles aussi, avaient voulu promouvoir les MDS.

Au début des années 1980, plusieurs centaines de projets de construction d'Unité Sanitaires de Base étaient portés par le Syndicat de la Médecine Générale. Aucun soutien institutionnel n'exista et dans l'immense majorité, ces projets furent combattus par toutes les forces en présence : syndicats médicaux libéraux, ordre des médecins et caisses primaires d'assurance maladie. Seule celle de Loire-Atlantique soutiendra l'USB de Saint-Nazaire, qui vivra trois ans avant d'être à son tour lâchée par l'institution du fait de l'opposition virulente d'un syndicat de médecins libéraux

Quand on regarde aujourd'hui le cahier des charges de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie pour les MDS, on constate que celles-ci ressemblent beaucoup à ce que devaient être les USB. Cela veut-il dire que le SMG avait trente ans d'avance, et que les propositions faites à cette époque ont mis tout ce temps pour trouver une légitimité ? Être en avance sur son temps n'est jamais bon dans ce pays, et il est facile de constater qu'il en fut quasiment de même avec les réseaux de santé, même si ceux-ci ne subirent pas le même ostracisme. Il est tout aussi facile de constater que leur capacité à transformer le système de l'offre de soins fut largement entravée. La légitimité qui nous reste à nous, acteurs de toutes ces transformations, et porteurs aujourd'hui de la construction des MDS, c'est de promouvoir un véritable débat sur le devenir des MDS.

Le concept

1) Distinction entre soin et santé

Nous commencerons par un débat sémantique de la plus haute importance. Il existe une différence fondamentale entre une Maison de Soins et une Maison de Santé et si, aujourd'hui, on confond les deux, c'est parce que tout à la fois les institutions, les experts et les forces représentatives des médecins ont tendance à confondre soin et santé. Il est donc bon de rappeler que le soin est l'ensemble des actes professionnels qui visent à circonscrire une maladie, tandis que la santé est l'ensemble des actes qui visent à maintenir la santé des personnes, c'est-à-dire, le plus possible, un état de bien-être. Dans le soin, le professionnel a la haute main sur l'action, dans la santé, le professionnel du soin rejoint une équipe d'autres professionnels et surtout, la personne en tant que citoyen est au centre de l'action. On comprendra que le champ de la santé est bien plus vaste que celui de la médecine et que réduire la santé à l'absence de maladie est un contresens. Nous avons eu ce débat au début des années 90, quand fut mis en chantier les réseaux qui furent d'abord des réseaux de soins, avant d'évoluer vers des réseaux de santé. Evolution rendue évidente tant le contenu des projets des réseaux était bien celui d'intervenir sur l'ensemble des déterminants qui façonnaient l'expression de la maladie, avec, notamment, la question sociale, la question culturelle et la question environnementale. Nous retrouvons ce débat au sujet des MDS.

2) Les différentes MDS

Cela nous conduit dès maintenant à différencier plusieurs types de maisons, sachant que chacune de ces maisons a sa place. Mais elles ne jouent pas du tout le même rôle dans la transformation du système de l'offre de soins.

- Les Maisons de Soins Pluri-professionnelles visent à faciliter l'exercice des soignants qui y travaillent et améliorer le fonctionnement économique de la structure par la mutualisation des

dépenses. Cela permet de quitter l'exercice solitaire de la médecine et du soin paramédical dans de meilleures conditions, tant au niveau du cadre de travail que des conditions financières de l'activité de soin. Ce qui peut être une réponse à la désertification médicale dans le monde rural notamment. En facilitant les conditions d'exercice du soin, on peut penser que de nouveaux soignants franchiront le pas. Les limites des Maisons de Soins sont atteintes lorsque la maison se réduit au seul projet immobilier visant à réunir au même endroit des soignants différents. Nous connaissons déjà ces entités, par les cabinets qui réunissaient plusieurs spécialistes de la médecine, mais chacun travaillant dans un coin de la maison. Le progrès actuel réside seulement sur la mutualisation des frais, notamment ceux du secrétariat. Par contre, ces maisons de soins portent une espérance, celle de voir les professionnels qui y travaillent découvrir les bienfaits de l'action collective et peut-être d'évoluer ainsi vers une MDS. Nous savons, bien évidemment, que ces maisons ne joueront aucun rôle dans la transformation du système de soins en un authentique système de santé, ce n'est pas leur finalité.

- Les Maisons de Santé, elles, sont porteuses de transformations. Elles interrogent de fait la politique de santé du pays, tant au niveau de l'évolution du système de soins, que des transformations des exercices professionnels, que de la santé publique. Et de ce point de vue, elles vont fortement modifier, voire déranger l'existant. Mais dans quel sens ? C'est ici qu'il y a lieu de s'interroger et de débattre, dans un débat public qui concerne l'ensemble des citoyens et surtout pas, seulement, les professionnels, les institutions et les experts.

Un débat global

« Faire » de la santé dans un même lieu réinterroge à la fois les pratiques professionnelles, l'organisation du système de l'offre de soins et de santé, le rôle joué par les différents déterminants de la santé, la place des institutions de santé et aussi la nature du système de protection sociale, public et solidaire ou privé et non solidaire ?

1) Les pratiques professionnelles

C'est une chance pour celles-ci de se transformer dans le cadre des MDS. Il est acquis aujourd'hui, mais bien tardivement, que la question des maladies et de leurs traitements ne concerne pas uniquement les médecins. Dans la plupart des maladies chroniques et évolutives, le progrès médical, qui est notable, tant au niveau des médicaments que celui des moyens d'investigation, atteint ses limites. Le traitement de ces maladies qui, avec la progression de leurs complications, coûtent le plus cher à la collectivité, n'est pas de la seule compétence de la médecine. La question du comportement individuel, des conditions sociales de vie, de l'environnement... est au cœur des stratégies à conduire pour faire reculer la maladie. Il en découle que la nature du métier de médecin et des acteurs paramédicaux se transforme. Il ne s'agit plus seulement de prescrire des traitements pour atteindre des objectifs, il faut élaborer de véritables stratégies de projets thérapeutiques **partagés** pour être efficace. C'est une évolution nécessaire des métiers de la médecine pour rester en phase avec l'envie de guérir. Dans ces stratégies, la personne malade est impliquée, elle doit devenir acteur de sa santé. Mais pour cela, le soignant ne doit plus ignorer l'impact de tous les déterminants qui viennent interférer avec le projet thérapeutique. La prescription médicamenteuse n'est plus la finalité de l'acte médical. Cela ne veut pourtant pas dire que la transformation de l'exercice consiste à devenir multi compétent sur l'ensemble de ces déterminants. Cela veut dire que l'exercice solitaire n'est plus adapté à une médecine qui se fixe pour objet d'améliorer la santé des personnes. C'est l'exercice collectif de la médecine qui est d'actualité. La MDS doit devenir le lieu de cette transformation, notamment en changeant le mode de rémunération.

La question de la rémunération est centrale. Elle permet d'organiser et de définir le travail de la MDS. Le projet économique se doit d'une part d'être viable et d'autre part de permettre aux acteurs de bénéficier de revenus en adéquation avec les revenus qui font référence ; on peut choisir ici (mais ce n'est qu'une indication) la grille salariale de l'hôpital public. Il n'est pas envisageable que les acteurs des MDS deviennent des travailleurs pauvres ! La forme de rémunération souhaitée tend vers le salariat. La question est de savoir si les financeurs sauront accompagner cette évolution soit par la forfaitisation à un haut niveau de prise en charge, soit la capitation comme le modèle anglais, soit l'enveloppe budgétaire. Il est probable que pendant un certain temps, c'est un mixte de ces possibilités qui sera à l'œuvre. La question essentielle étant de savoir ce que l'on fait avec cette rémunération.

Les soignants du premier recours devront partager leurs compétences par la mise en œuvre d'accompagnements collectifs de malades, notamment dans les maladies chroniques, et par des transferts de compétences. Mais ils devront aussi travailler avec d'autres acteurs de la santé : les professionnels du secteur social, de la santé publique et également de nouveaux professionnels, comme les médiatrices en santé, les animateurs en santé communautaire, ainsi qu'avec les usagers de la MDS. Certains de ces professionnels, c'est-à-dire ceux qui ont à faire avec les habitants, peuvent trouver leur place au sein même de la maison, c'est même conseillé. D'autres, comme les chercheurs, peuvent accompagner les actions de la MDS. Pour tous les autres qui ont eux aussi à voir avec la MDS, il s'agit de construire des partenariats spécifiques sur des objectifs communs. Tous ces changements sont accessibles dans les MDS, à condition que les professionnels le désirent et que les institutions le permettent, ce qui est loin d'être gagné

2) Quel rôle pour les institutions de santé ?

Aujourd'hui, la convergence est forte entre les projets des professionnels qui veulent adapter leurs pratiques à la réalité à laquelle ils sont confrontés et les institutions confrontées, elles, à de graves problèmes de déficits, que cela soit au niveau des professionnels, notamment pour les soignants du premier recours, ou pour le coût des soins. Dans les deux cas, ces situations résultent de choix fait par ces institutions. L'instauration du *numerus clausus* dans les années quatre-vingt, conformément à la croyance selon laquelle en diminuant l'offre de soins on diminue les dépenses, s'est révélée non seulement une absurdité économique, mais aussi une calamité avec le développement des déserts médicaux. Il en va de même pour le raisonnement économique qui veut que pour ne pas pénaliser les industries françaises, il fallait, dans le cadre de la mondialisation, diminuer le coût du travail et donc ne pas augmenter les prélèvements sociaux. La conséquence est connue de tous, un déficit de la Sécurité sociale et un acharnement à vouloir diminuer les coûts des soins qui conduit à augmenter les inégalités de santé et augmente la précarité en freinant l'accès aux soins. C'est dans ce cadre de crise que surgissent les MDS. Très vite, les pouvoirs publics ont compris que celles-ci pouvaient servir à résoudre des éléments de cette crise. C'est l'outil choisi pour lutter contre les déserts médicaux. Cela semble être une réponse adaptée qui séduit à la fois les élus en quête d'offre médicale pour leurs populations et des soignants qui recherchent l'exercice collectif. Toute la question est celle de leur pérennisation. Nous pensons que ce qui inscrit les MDS dans la durée, c'est leur capacité à résoudre les problèmes de santé de la population, ce qui implique leur évolution vers de véritables lieux de santé et pas uniquement de soins. L'autre aspect qui définit les choix institutionnels, c'est de croire que les MDS seront des outils d'une gestion plus économique de l'offre de soins, et pour certains, d'effectivement croire que les MDS seront à même de développer la santé autour de la prévention et l'éducation thérapeutique. Là où réside le problème est la vision de la MDS comme outil de rationalisation des pratiques professionnelles, même et surtout quand on masque cette rationalisation sous couvert de qualité des soins. Ceci n'est pas une croyance de nature idéologique. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a dévoilé son projet par la mise en action des Contrats Amélioration des Pratiques Individuelles, les fameux CAPI. L'idée, en soi, n'est pas absurde, aider un professionnel à mieux maîtriser sa pratique est un louable effort de la part d'un

financeur. Mais justement, le problème est bien que la vision est quasi unilatérale et que la finalité du CAPI est de contractualiser avec un médecin, pour qu'il rationalise ses soins en échange d'une rémunération. La question de la liberté de conduire les soins par le médecin est posée : jusqu'à quel point les intérêts du financeur sont les mêmes que ceux du médecin et du malade ? Une relation d'une autre nature s'instaure entre le médecin et le malade dès lors que les choix du premier deviennent fonction de son intérêt financier. Cela conduit à une perversion du dispositif, à savoir la sélection par le médecin des cas faciles à intégrer à l'objectif économique voulu par la CNAM, au détriment des cas difficiles qui vont le pénaliser. On connaît déjà ce système par la tarification à l'activité à l'hôpital.

3) Des évolutions inquiétantes

Dans ce contexte et état d'esprit de la CNAM, il est facile de franchir le pas et de se demander si la tentation ne sera pas, pour le financeur, qu'il soit public ou privé, de considérer qu'il doit investir dans les MDS pour mettre en place un exercice de la médecine normalisé dans un cadre défini par une rationalisation économique de l'offre de santé, et de pousser les acteurs de la MDS à devenir les exécutants zélés de cette politique. Il ne suffit pas de s'abriter derrière les recommandations et autres référentiels pour justifier ce choix économique. Ce qui est d'autant plus inquiétant est que tout ce processus va se dérouler dans le cadre de la mise en œuvre des Agences Régionales de Santé définies par la loi HPST, qui ne brillent pas par leur souci d'ouvrir des espaces de négociation où le point de vue des promoteurs des MDS puisse s'exprimer.

Nous pensons qu'il est possible de faire différemment. Nous devons tirer les leçons des expériences étrangères ou de la santé communautaire. Une MDS se situe sur un territoire, il est nécessaire de faire un diagnostic sur l'état de santé de la population, d'intéresser à ce diagnostic les professionnels et structures de soins, mais aussi les élus et les institutions de santé, la CPAM et l'ARS. Au terme de ce diagnostic, un projet de santé local est établi, qui guide les choix d'actions de la MDS. A partir de là un contrat d'objectifs peut être passé entre la MDS, les financeurs, et les élus. Nous pensons qu'une MDS de proximité, c'est-à-dire inscrite dans la réalité de son canton, de son quartier, en phase avec les problématiques qui existent, a le plus de chances de jouer son rôle et donc de perdurer.

Changer de perspectives

1) L'organisation de l'offre de santé

Les MDS ne sont pas isolées dans le paysage de l'offre de soins et de santé. Elles ont un rôle dans l'organisation de l'offre de santé du premier recours, mais elles prennent aussi leur place dans un dispositif plus large, avec les réseaux de santé; les hôpitaux, les CLIC, les SSAD, les EPAHD... Leur rôle devient alors de coordonner les différentes structures qui interviennent à l'échelon du territoire de la MDS. La cohérence de cette démarche doit se construire dans le cadre des ateliers santé/ville quand ils existent, ou des Plans Locaux de Santé prévus par la loi HSPT. Ce qu'apporte la MDS, c'est de rendre effective une démarche de santé pour et avec la population. L'implication de la population dans l'organisation de l'offre de santé est un enjeu d'avenir important et pas seulement au travers de la mobilisation des associations de malades. Ce sont les habitants citoyens qui doivent trouver leur place dans les MDS. Ils sont les premiers concernés. L'expérience des « jury citoyens » montre que si la participation est organisée, si les personnes mobilisées ont accès à la connaissance, si les acteurs professionnels acceptent l'existence des savoirs profanes, il est alors tout à fait possible d'organiser une véritable participation des habitants à la vie de la MDS.

S'il peut apparaître évident que la MDS prend sa place dans l'organisation de l'offre de santé, cela ne

sera pas si simple. Nous savons tirer les enseignements de l'expérience des réseaux. Quand un système est en crise, il sait accepter, à sa marge, des expériences, notamment issues du terrain et portées par des acteurs de la proximité, tant que ceux-ci contribuent à résoudre la crise. Par contre, quand ces acteurs légitimés par le succès de leur démarche revendiquent une place dans le système, soit ils se heurtent à un refus, car le contenu de leur expériences dérange trop l'existant et le système refuse de se remettre en cause, soit ce dernier accepte ces expériences et ses promoteurs à condition que ceux-ci abandonnent leur volonté de changer le système. C'est ce que nous avons connu avec les réseaux de santé. Il faut donc, d'emblée, postuler que les MDS apportent des solutions à la crise des systèmes en cause. D'où la nécessité de conduire des recherches/actions pour comprendre l'ensemble des modifications à l'œuvre dans leurs constructions et comprendre leurs articulations avec les différentes constructions médicales, sociales, politiques en cours.

2) La MDS : agir sur les déterminants de santé

« Faire » de la santé, comme nous l'avons décrit, c'est s'occuper des déterminants qui vont venir modifier le cours de la maladie et, inversement, mesurer en quoi la maladie vient perturber le parcours de vie d'une personne. Ces déterminants sont nombreux, avec des ordres d'importance différents et variables en fonction du lieu où se situe la MDS. Mais ils sont toujours constants. La question sociale est de premier plan là où la précarité est dominante ; la question de l'accès aux soins devient un enjeu important pour les MDS, et au delà, la MDS doit agir pour diminuer les inégalités de santé et pas seulement par l'amélioration de l'accès aux soins. Elle doit rechercher à comprendre quels sont, sur son territoire les éléments qui participent à l'augmentation ou à la diminution du différentiel de morbidité et mortalité qui concernent les habitants du quartier comme par exemple l'accès à la prévention.

Le tiers-payant intégral devrait être le mode dominant d'accès à la santé dans un MDS. La MDS a vocation à mettre en place toutes les actions qui permettent d'agir contre les facteurs qui favorisent le développement des maladies ou leurs complications. C'est ainsi que les MDS conduisent l'Education Thérapeutique du Patient, favorisent l'éducation à la santé, organisent avec la population des actions de prévention, coordonnent les actions de santé avec la médecine du travail, la médecine scolaire. Une approche « populationnelle » de la santé doit être valorisée : le suivi des femmes enceintes, des adolescents, des enfants, des personnes âgées... sont à concevoir en tant que tels. Cela signifie que le travail des soignants ne se réduit pas à faire des consultations de type habituel, mais bien ouvrir l'exercice médical à toutes les activités de coordination, de prévention, d'éducation, d'animation d'ateliers avec les habitants... C'est un nouveau champ qui s'ouvre, auquel il faut ajouter, et ce n'est pas de la moindre importance, l'encadrement des étudiants et la recherche en santé de premier recours. Chaque MDS devrait avoir un partenariat avec une université pour conduire cet accueil des étudiants et pour s'impliquer dans la recherche en médecine ou en sciences sociales.

3) La MDS, pour la défense d'un système de protection sociale solidaire

Cette question n'est pas marginale. Nous avons appris à nous méfier des doubles langages. Nous savons très bien que les MDS sont intéressantes comme courroies de transmission des politiques publiques. Nous savons qu'elles intéressent les assurances complémentaires privés, dont l'objectif est de normaliser les pratiques de soins afin de diminuer les remboursements aux cotisants. D'un autre côté, certains verraient bien la juxtaposition de deux systèmes, l'un à dominante privée, où les complémentaires assureraient les remboursements de ce que certains appellent le petit risque, surtout pour les populations solvables, et un autre pour les populations plus précaires, prises en charge par la collectivité et soignées dans des dispensaires pour pauvres et de proximité que constitueraient alors les MDS. Cela changerait la finalité de ces dernières et surtout, entérinerait un double système de protection maladie, ce qui n'est pas concevable. L'universalité du système voulu par les fondateurs de la Sécurité sociale reste d'actualité, les MDS marquent seulement la transformation et l'adaptation d'un système de protection maladie accessible à tous et capable d'apporter des réponses aux différents problèmes de santé vécus par la population.