

Retour sur 10 ans d'exercice coordonné en soins primaires

Généalogie, enjeux, processus
et transformations engagées

Cécile Fournier

7ème Journée régionale de l'APMSL,

Orveaux, Mardi 16 novembre 2021

L'exercice coordonné en soins primaires

- Une définition pragmatique de l'exercice coordonné par ses objectifs, ses organisations et ses instruments
- Pourquoi un impératif de coordination ?
 - Enjeux pour le système de santé
 - Difficultés pour y répondre
 - Convergences et alliances autour des soins primaires
- Focus sur les soins primaires dans les 10 dernières années
 - Des réformes structurantes
 - Acteurs et dynamiques de soutien à l'exercice coordonné
 - Comment se développe l'exercice coordonné ?
 - Transformations... et tensions observées
- Quels enjeux pour demain ?
 - ... révélés ou exacerbés par la crise Covid

Une définition pragmatique de l'exercice coordonné

L'exercice coordonné en soins primaires aujourd'hui, à travers ses objectifs

- Une structuration de la première ligne de soins encore émergente en France

Source: site Internet Ministère solidarités santé (12/2020)

L'exercice coordonné

L'exercice coordonné des soins de premier recours permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, et notamment dans les territoires caractérisés par une faible densité de professionnels. Il permet de garantir l'accessibilité aux soins.

Depuis quelques années, l'offre de soins de premier recours connaît des mutations profondes sous l'effet conjugué des besoins de la population, des attentes des professionnels de santé et de la démographie médicale. Ce mode d'exercice favorise en effet les échanges et la coordination entre les professionnels de santé, pour une meilleure prise en charge médicale des patients.

- 2009 : « Soins de premiers recours » dans la Loi HPST
- 2018 : « soins de proximité » dans le plan Ma santé 2022

Les soins de proximité

Source :
Ma santé 2022
(2018)

3 fonctions :

- Porte d'entrée dans le système (diagnostic, orientation, traitement)
- Relais des politiques de santé (prévention, dépistage, éducation pour la santé)
- Suivi des patients et coordination des parcours

Une visée de justice sociale
(Alma-Ata, 1978)



La médecine de ville

105 872 médecins libéraux

+ de 1 000 maisons de santé

1 933 centres de santé
dont 350 pluri-professionnels

200 projets de communautés
professionnelles territoriales de santé

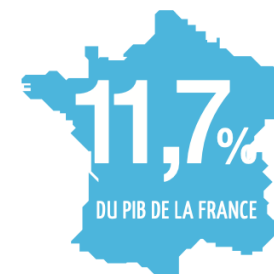
116 800 infirmiers libéraux

61 250 kinésithérapeutes libéraux

et aussi

21 591 officines de pharmacie

1 000 laboratoires de biologie



1. Hors financements consacrés aux Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU)

Les soins de proximité / de premier recours

- Une multitude de professionnels et d'institutions
 - De santé, du social, du médicosocial, de l'éducatif
 - De statut divers (public, privé, associatifs, libéraux...)
 - Aux objectifs et intérêts souvent variés sinon concurrents
 - Avec des freins pour certains : isolement, paiement à l'acte
 - Sur des territoires qui se recoupent ou se superposent

L'exercice coordonné en soins primaires aujourd'hui, à travers des organisations

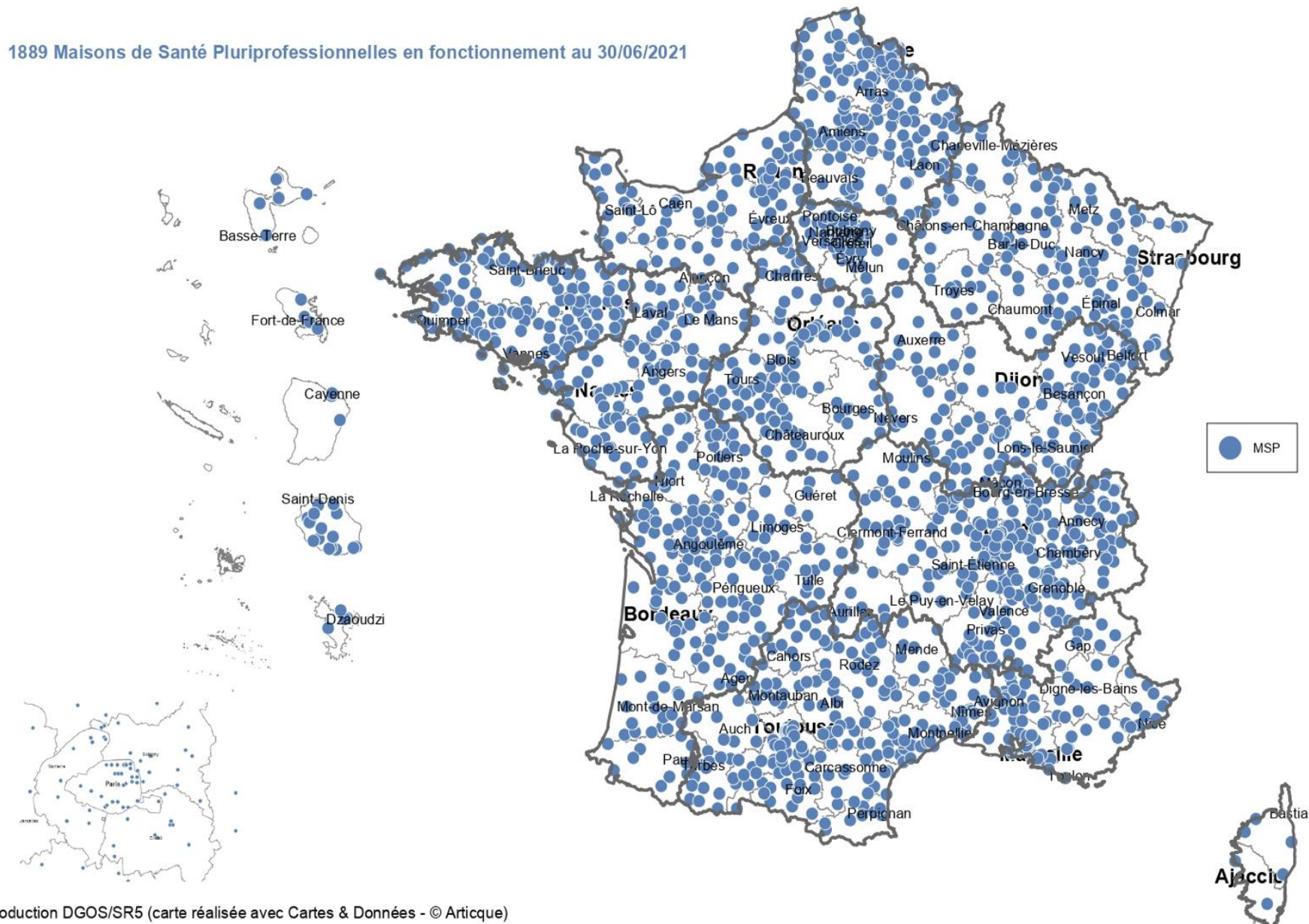


- Maisons de santé pluriprofessionnelles
- Centres de santé (CDS)
- Equipes de soins primaires (ESP)
- Communauté professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Et d'autres dispositifs : **Asalée**, réseaux de santé
- PTA, CLIC, MAIA, PAERPA → **DAC** (Dispositifs d'appui à la coordination)

Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021

Source : ATIH/observatoire des recompositions/retraitement DGOS - Extraction au 07/07/2021 - France entière

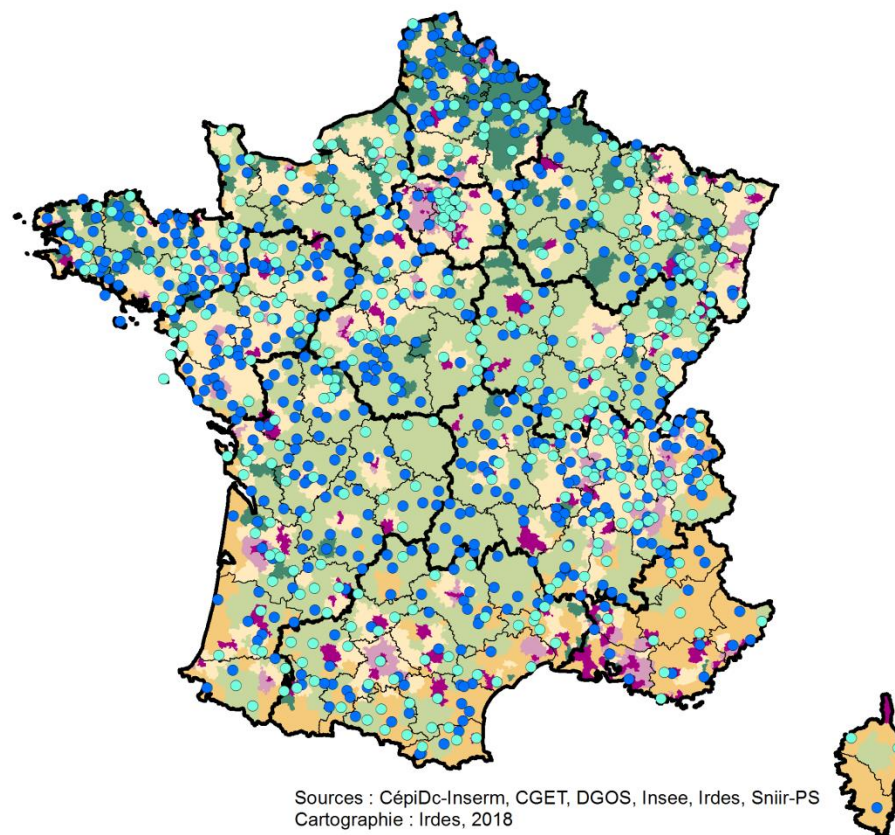
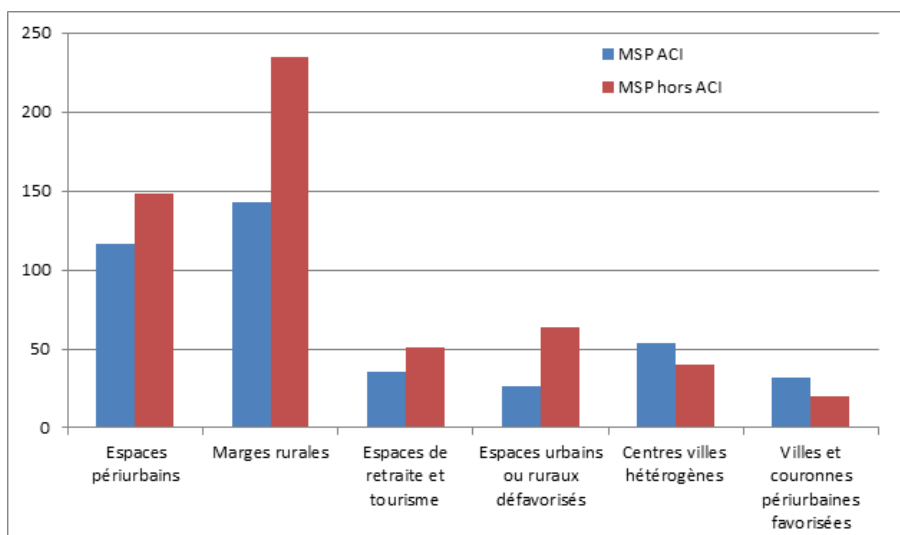
1889 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021



Production DGOS/SR5 (carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque)

Répartition spatiale des MSP participant aux ACI

- 964 MSP recensées DGOS (1er janvier 2018), dont 406 contrat ACI
- Typologie territoire (offre, population/besoins, attractivité)
- Diffusion inter/intra régionale hétérogène (décalage dans le temps)
- Localisation majoritaire: périurbains sous dotés, marges rurales



Légende

- MSP participant aux ACI
- MSP hors ACI

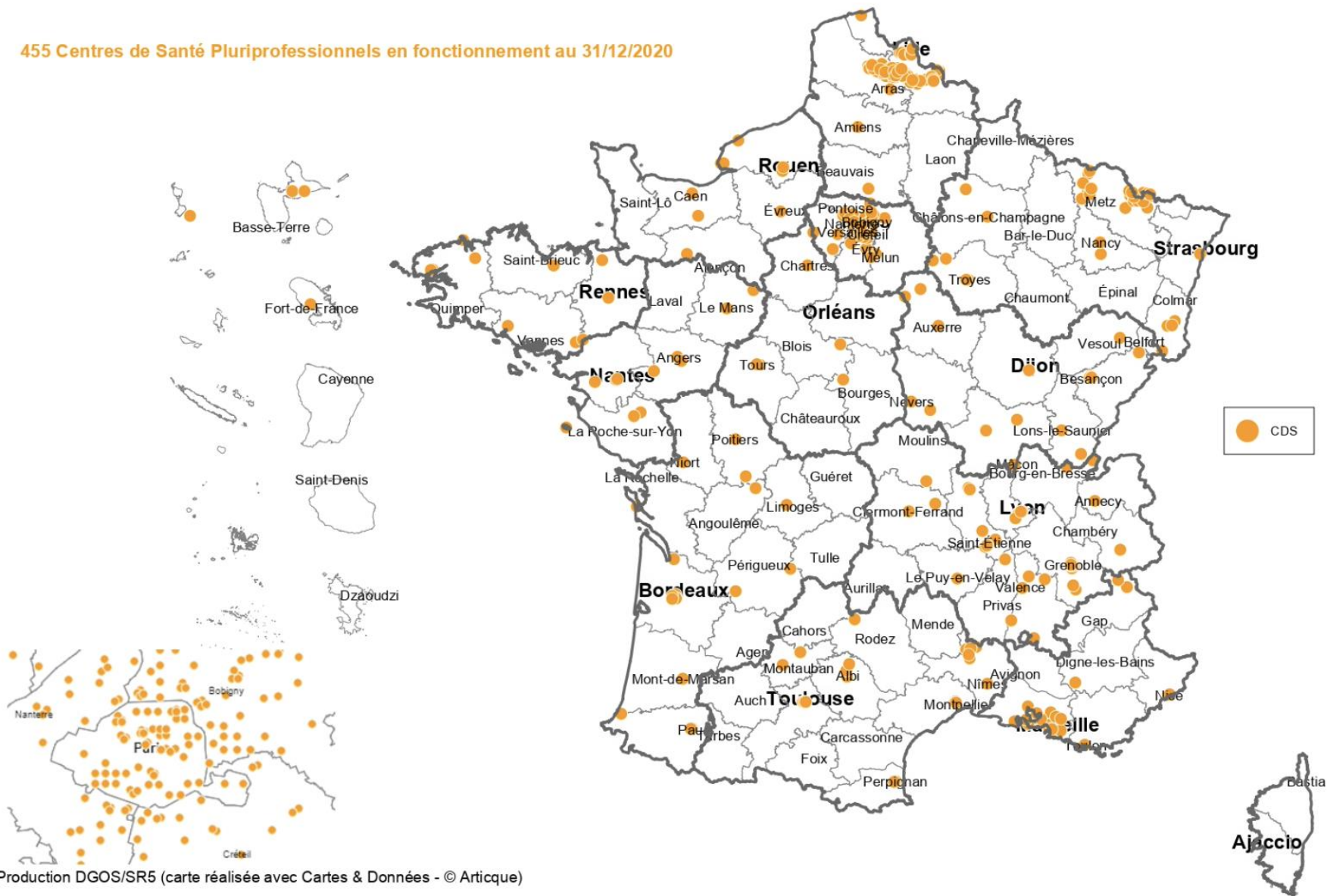
Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales peu attractives aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés au plan socio-sanitaire
- Classe 5 : Centres villes hétérogènes socio-économiquement
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées

Centres de Santé Pluriprofessionnels en fonctionnement

Source : ATIH/observatoire e-cds/retraitement DGOS - Extraction au 12/03/2021 - France entière

455 Centres de Santé Pluriprofessionnels en fonctionnement au 31/12/2020

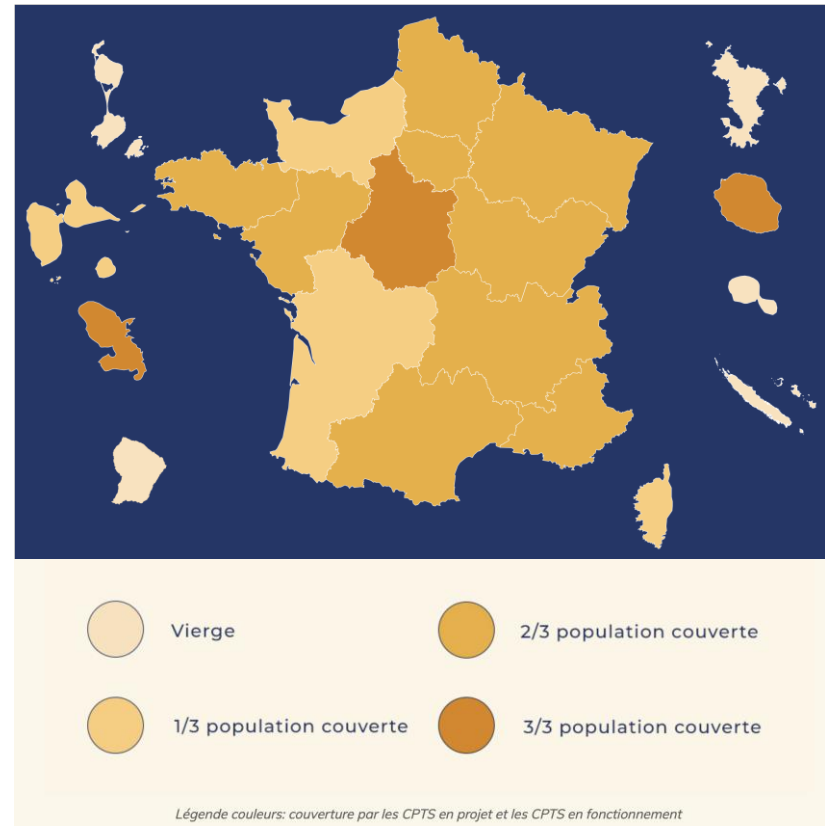


Production DGOS/SR5 (carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique)

Les CPTS

Juillet 2021

- **165 ont signé l'ACI-CPTS**
- **34 ont validé leur projet de santé**
- **210 ont validé la lettre d'intention**
- **279 sont en phase de pré-projet**



Part de la population concernée par l'exercice coordonné

Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)



4,2 millions de personnes ont leur médecin traitant qui exerce dans une MSP adhérent à l'ACI en 2020, soit environ **10 %** des personnes ayant un MT en France.

Centres de santé polyvalents ou médicaux



900 000 personnes ont déclaré un médecin de centre de santé comme médecin traitant en 2020.

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)



20 %

environ de la population sont couverts par une CPTS (13 millions de personnes).

Une CPTS couvre en moyenne **90 000** patients.

Source:
Ameli
Sept 2021



DANS CHAQUE TERRITOIRE, LE DAC EST
LE REGROUPEMENT DE :

CTA
Coordination territoriale
d'appui (PAERPA)



PTA
Plateformes territoriales d'appui



Dispositif d'appui
à la coordination des
parcours complexes
DAC



MAIA
Méthodes d'action pour
l'intégration des services d'aide
et de soins dans le champ
de l'autonomie



Réseaux de santé



CLIC
Centres locaux
d'information et
de coordination



www.solidarites-sante.gouv.fr/dac

Source infographie : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

L'exercice coordonné en soins primaires aujourd'hui, à travers des instruments

- Des protocoles de coopération
- Des délégations de tâches
- Des réunions de concertation pluriprofessionnelles
- Des systèmes d'information partagés
- Des postes partagés entre plusieurs institutions ou secteurs
- De nouveaux métiers et professions accueillis dans les organisations d'exercice coordonné
- ...

Pourquoi un impératif de coordination ?

Dans quelles dynamiques
s'inscrit cette structuration naissante
des soins primaires coordonnés ?

Un système de santé confronté à des enjeux multidimensionnels

- transition démographique et épidémiologique
- inégalités sociales et territoriales de santé
- spécialisation médicale et division du travail de soin / de santé
- contestation du monopole de la médecine
- sanitarisation de la société et démocratie sanitaire
- régulation et rationalisation des dépenses de santé

Des difficultés pour répondre à ces enjeux

- Un système... qui ne fait pas système
Dynamiques historiques → organisation cloisonnée entre :
 - Assurance maladie et Etat -- Secteurs libéral et hospitalier
 - Médecins et paramédicaux -- Soins curatifs et préventifs
 - Soin et social -- Secteurs maladie, vieillesse et handicap...
- Un système en mutation au plan politique et institutionnel :
effritement du mandat d'action de la médecine
 - Épuisement de son autonomie prof^{elle} et sa délégation de légitimité
 - Épuisement de sa logique de financement d'exception
- Des professionnels inégalement répartis (« déserts »)
- Un système « en chantier », avec des approches concurrentes...

Convergences, consensus et alliances

- Des « politiques de coordination » (Bergeron et Hassenteufel, 2018)
- Une volonté politique de réforme :
 - mettant d'abord l'accent sur l'hôpital : loi hospitalière de 1991, puis ordonnances Juppé créant les ARH et les GCS...
 - puis sur les soins de 1^{er} recours, dans une « refondation du système de santé, avec « la prévention pour socle » : « Virage ambulatoire », « révolution du 1^{er} recours », « médecin traitant pivot de la politique de prévention »
- ... qui rencontre les souhaits de certains professionnels
- ... avec un consensus sur la nécessité de changer de logique :
 - Biomédicale → sanitaire et sociale Curative → préventive
 - Hospitalo-centrée → centrée sur l'ambulatoire
 - Réglementation → articulation et régulation
 - Réponse aux besoins des individus → de la population/d'un territoire

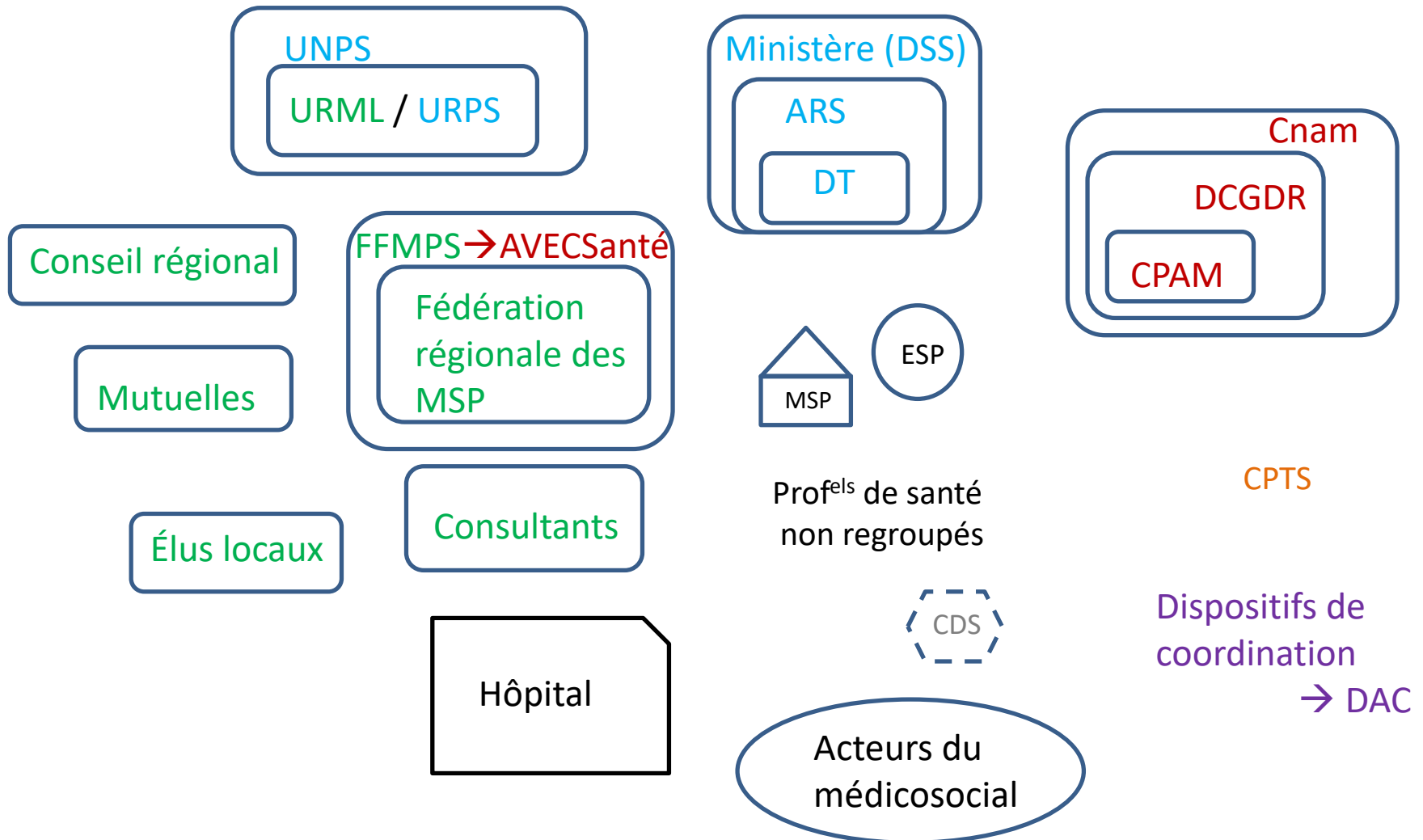
Focus sur la structuration de l'exercice coordonné en soins primaires dans les 10 dernières années (ou un peu plus...)

Principales réformes touchant l'exercice coordonné en soins primaires

- (1996-2002-2011 : réseaux de santé) ASV
- 2004 : Loi Assurance maladie : médecin traitant = voie d'entrée dans système, notion parcours de soins coordonné → régulation / patients
- 2007 : LFSS pour 2008, inscription des MSP dans le code de la santé publique
- 2009 : loi HPST crée les ARS et développe une politique incitative à l'exercice en MSP → régulation / professionnels (SROS avec 1^{er} recours)
+ crée les CLS → outils d'articulation avec les politiques de la ville
- 2010-2014 : ENMR, puis RA (2015-2016) (2011 : Sisa)
- 2016 : LMSS crée les CPTS et introduit notion d'ESP
- 2017: ACI MSP // accord national CDS
- 2018 : Plan Ma santé 2022 et ACIP : l'exercice coordonné au cœur des réformes + introduction de l'article 51
- 2019 : ACI CPTS
- 2019 : DAC

Acteurs et dynamiques de soutien à l'exercice en MSP

- Avant les ENMR (2010) : innovation portée par les professionnels de santé et...
- ENMR (2010-2014) : Engagement de l'état dans la structuration des soins primaires
- RA-ACI (2015...) : Engagement de l'Assurance maladie et nouvelle régulation des soins primaires



Comment se développe l'exercice coordonné ?

- Des alliances entre certains professionnels de santé et les autorités publiques (Vezinat, 2019) et les collectivités locales
- Rôle de la « proximité » et de la collégialité dans un processus lent de transformation culturelle, des rôles professionnels et des modes d'interaction
- Des opérations de « traduction » qui permettent de travailler ensemble
- Dans un travail qui engage de nombreux acteurs et secteurs
 - Dans les structures d'exercice regroupé
 - Dans les territoires
 - Dans les départements et les régions
 - Au niveau national

Sur quel travail repose l'exercice coordonné en soins primaires ?

(surtout décrit dans les MSP ou les CDS pour l'instant)

- Forger de nouvelles normes collectives, donner du sens à l'effort (Schweyer 2018)
- Interagir avec des élus locaux (Bourgeois, 2015)
- Gérer des chantiers multiples (Fournier, 2020)
- S'approprier des impératifs gestionnaires (Laude et al, 2018), rendre des comptes
- Accueillir de nouveaux métiers (Schweyer, 2020)
- Pratiquer la concertation pluripro. (Ramond-Roquin et al, 2020)
- S'approprier des logiciels pluriprofessionnels (Naiditch, 2020)
- Interagir différemment avec les patients (Fernandez et al, 2019)
- Permettre aux usagers de participer (Morize, 2019, Cachard, 2020)
- Expérimenter avec les pouvoirs publics (article 51) (Morize et al, 2021)
- Se former (consultants, facilitateurs, fédés...) ou être formateur
- Mener des travaux de recherche ...

Quelles transformations observées ?

- Des reconfigurations importantes des pratiques professionnelles → une manière différente d'exercer, de nouvelles offres de soin (prises en charge coordonnées, activités préventives, collaborations intersectorielles...), de formation (stagiaires), qui s'élargissent au fil du temps
- Des relations renouvelées → partage des activités, relations plus égalitaires, déplacement des frontières professionnelles
- Des projets ancrés dans des territoire (différents niveaux) → prise en compte de besoins supplémentaires
- Une visibilité institutionnelle des équipe de soins primaires → partenariats avec les autres acteurs sanitaires et sociaux du territoire, fluidité des parcours des patients

Des difficultés et des tensions observées

- Des professionnels inégalement engagés
- Des hiérarchies professionnelles qui persistent
- Des accompagnements variables selon les territoires
- Un statut libéral sous contrainte : interdépendance renforcée entre les autorités publiques et professionnels des MSP, et des médecins qui s'approprient les instruments de rationalisation (Moyal, 2019)
- Des tensions entre logiques professionnelles, pluriprofessionnelles et gestionnaires dans les équipes (Fournier, 2019)
- Des tensions entre logiques professionnelles, logiques de santé publique et logiques des élus (Lombrail, 2016)
- Partage de l'information : les limites des logiciels pluripro.
- La difficulté à travailler avec des usagers
- Concurrences entre modèles (et niveaux) d'exercice coordonné

Quels enjeux pour demain ?

Une instrumentation complexe, permettant à des équipes de s'engager dans un exercice coordonné

- Le pari de laisser les professionnels innover localement
- Le financement dédié de pratiques pluriprofessionnelles, sous un mode contractuel ou expérimental
- Le respect de la liberté d'agir et le maintien du financement à l'acte, conditions d'acceptation d'une régulation croissante
- Un patient travail de « traductions » et de construction d'une confiance entre différents professionnels (et institutions), entre ville et hôpital, entre médical et médico-social, entre professionnels, élus et usagers

→ des pratiques, des organisations et des transformations culturelles en cours d'évolution en soins primaires...

Mais comment permettre à ces équipes de maintenir leur engagement et de se coordonner?

- Entre des équipes :
 - aux modèles contrastés
 - en concurrence pour l'accès aux financements
 - sur des territoires dont la définition est parfois imposée
 - à des échelles territoriales diverses et imbriquées
 - en tension entre équipe locale et équipe élargie ?
- Comment composer avec le temps long des transfos organisationnelles /culturelles et le temps court des politiques ?
- Comment conserver une visée de santé publique et de justice sociale ?
- Comment associer les habitants et les patients ?
- Quelle autonomie ? Qui associer à la régulation du système?

Ce que révèle l'épidémie de Covid-19

(Opportunité pour étudier les dynamiques de coordination entre les acteurs des soins primaires)



- fragilité de l'exercice coordonné :
 - oubliés dans les 1ers temps de gestion de la crise
 - repli de certains professionnels/institution sur elles-mêmes
 - concurrences pour le contrôle de certains instruments
- forces et potentialités :
 - solidarité, créativité, mobilisation d'acteurs et de savoirs divers, des organisations ajustées aux territoires vécus
 - redistribution des pouvoirs, horizontalisation des relations
 - MSP et CPTS: point d'appui possible pour organiser la gestion de crise et la continuité des soins aux autres patients, voire « aller-vers » les habitants, travailler l'articulation avec l'hôpital et la municipalité... **en s'appuyant sur les relations préexistantes... mais sans garantie de durabilité**

La suite reste à écrire...

Merci de votre attention

fournier@irdes.fr