



NOTE DE LA FFMPs

A propos de la coopération entre professionnels de santé et le partage des compétences

Docteur Pierre DE HAAS
Président FFMPs
16, rue du 1^{er} septembre 1944
01160 PONT D'AIN

06.07.75.39.50
pierre.de-haas@ffmps.fr

Le 06 juillet 2013

Un état des lieux

Un manque de coopération, mais déjà peu de coordination en soins primaires...

L'exercice des professions de soins de premier recours manque de coordination pour plusieurs raisons : une formation individuelle qui ne prépare guère au travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, des systèmes d'information obsolètes, une organisation du travail centrée sur la relation patient.

La démonstration a été faite à travers d'autres systèmes de santé que la coordination est un facteur de qualité et d'économie. Différentes organisations comme celles des Veterans ou Kayser aux Etats-Unis ont démontrés ces points. Le développement des PCMH toujours aux Etats-Unis est conforme à ce point

Une dynamique de regroupement des professionnels de santé. En France, plus de 400 maisons ou pôles de santé pluriprofessionnels sont constitués par des équipes libérales de soins primaires (ou soins de proximité ou de premier recours), et nous estimons à près d'un millier le nombre de projets. Dès le regroupement constitué, les premiers efforts portent sur la coordination.

Une expérimentation de nouveaux modes de rémunération qui connaît le succès. Des expériences de nouveaux modes de rémunération (ENMR) connaissent un succès important. Puisque 151 équipes de soins ont demandé à en être partie. Cette expérimentation conduit à une amélioration des systèmes d'information et de la coordination dans l'équipe des soins de premier recours.

Une mauvaise utilisation des ressources sanitaires en soins primaires

Les professionnels de santé réalisent pour chacun d'entre eux, des actes qui pourraient être délégués à d'autres professionnels. Nous voyons :

- des médecins spécialistes hospitaliers effectuer des suivis simples de patients, voire des renouvellements d'ordonnance pour des pathologies bénignes
- des médecins formés par l'Université à bac + 9 réalisant des consultations de nourrissons : pesée, mesures et vaccins
- des infirmières de niveau bac + 3 effectuer des toilettes
- des auxiliaires de vie faire le ménage
- etc...

Une démographie variable

Le nombre de professionnels de santé est variable selon les professions, les années et les secteurs géographiques.

Une solution logique : la coopération

La coopération : de la flexibilité dans le choix des acteurs

La coopération permettrait effectivement de dépasser le cadre actuel en menant des activités plus loin que celles définies par les décrets d'actes et de compétences sous responsabilité des acteurs pour une action plus efficace au service des patients. Ce fut la direction prise par l'art. 51 de la loi HPST.

L'article 51 de la loi HPST

La tentative de développement de protocoles art. 51 s'est trouvée rapidement limitée en ambulatoire pour deux raisons essentielles : la complexité de sa mise en œuvre, et l'absence de modèle économique pour les acteurs de soins primaires.

Les nécessités résolues pour avancer sur la coopération

Le travail en équipe

Qui dit coopération dit équipe et protocole de coopération.

Le travail mené par la FFMPs depuis quelques années a permis de définir les modalités du travail en équipe de soins primaires. Des groupes de « facilitateurs » dans 20 régions françaises aident les autres professionnels à définir de nouveaux modes d'organisation du travail en équipe.

La FFMPs a travaillé avec l'HAS pour créer des protocoles pluriprofessionnels de soins primaires. Cette culture du travail protocolé pénètre progressivement en soins primaires, en commençant par les équipes constituées.

Enfin, la direction est donnée par les pouvoirs publics (plans MSP, Pacte territoire Santé, ENMR).

Le partage du système d'information

Pour coopérer, il faut pouvoir partager les informations concernant les patients. La FFMPs a porté en 2011 avec le soutien du Ministère de la Santé et du CISS (usagers) une demande d'évolution de la législation pour permettre aux acteurs des soins primaires de partager les informations concernant un patient lors de son suivi. Cela a été obtenu par la loi du 10 août 2011. Avec le soutien de l'ASIP, nous avons depuis réalisé un cahier des charges des SI en maisons, pôles et centres de santé. Nous sommes actuellement en phase de labélisation des éditeurs. Depuis la promulgation de la loi, ces derniers se sont enfin saisi des nécessités d'évolution des SI pour les équipes de soins primaires.

Les problèmes qui restent à résoudre

Des problèmes économiques

Notre système de rémunération des professionnels de santé ambulatoire très majoritairement à l'acte, ne motive pas une pratique de coopération ou des transferts de compétence pour au moins deux raisons majeures :

- il n'est pas possible en ambulatoire de réaliser un acte et de le facturer en dehors des décrets d'acte et de la nomenclature,
- en cas de transfert de compétence même protocolé, le « transférant » garde la responsabilité en perdant la rémunération.

Les suggestions de la FFMPs

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération a montré les avantages du modèle de rémunération de l'équipe plutôt que des professionnels en direct. Cela permet la création d'initiatives dans la prise en charge des patients. Cela ouvre sur une coopération protocolée avec répartition négociée dans l'équipe des rémunérations.

Nous suggérons d'étendre les nouveaux modes de rémunérations dans le PLFSS pour 2014 pour permettre de couvrir les équipes de soins primaires prêtes et validées par les ARS (sur la base du cahier des charges DGOS en attendant la publication de l'arrêté idoïne).

Nous suggérons de légiférer pour généraliser les nouveaux modes de rémunération pour les équipes de soins primaires formalisées selon les modalités proposées dans une note adjointe (*Note FFMPs évolution NMR*).

Des problèmes juridiques

La création des SISA par la loi du 10 août 2011 a permis de résoudre la question du partage des nouveaux modes de rémunération dans une équipe. Mais à ce jour, les équipes n'ont pas l'outil pour facturer des soins autre que la coordination.

Les suggestions de la FFMPs

Un moyen simple d'avancer sur la coopération serait de créer l'outil social permettant à une équipe de facturer des soins comme un établissement. La création réglementaire d'une entité juridique « Equipe de soins primaires » pouvant facturer la prise en charge ambulatoire de patients permettrait d'avancer rapidement sur le partage des compétences dans une équipe de soins d'un territoire.

Cette réflexion nécessite la mise en place d'un groupe de travail juridique pour proposer des solutions.

L'accompagnement au changement

Le changement nécessaire est profond pour ces professionnels. Passer du travail isolé au travail en équipe implique des tas de soucis dans le domaine de la dynamique humaine. Obtenir que des professionnels de santé pour la plupart libéraux travaillent ensemble sur des objectifs communs peut poser beaucoup de problèmes en l'absence d'accompagnement.

Les suggestions de la FFMPs

La FFMPs suggère deux pistes pour accompagner les professionnels :

A - Animer les territoires avec des « comités techniques départementaux des soins primaires ». C'est ce qu'il se passe déjà dans certaines régions, sous divers noms que sont « **PAPS départementales** », « comité technique départemental », ou encore « espace de concertation départemental ». Ces espaces réunissent DTD des ARS, Conseil Général, Préfecture, assurance maladie, URPS, Université, Ordres professionnels départementaux, représentants des internes et des étudiants, et fédération régionale des maisons de santé. Cette dernière apporte le lien avec le terrain, et une expertise sur les choix. Cette réunion des acteurs locaux, à l'échelle départementale, est une plus-value dans la mesure où ces acteurs connaissent les acteurs et les problématiques locales. C'est à notre sens, le bon endroit d'analyse des situations posant problème. Ce peut être aussi l'entité qui donne son avis avant les décisions du DG de l'ARS sur l'organisation locale des acteurs de soins de premier recours : avis rendus avant décision de dotation du FIR, ou avant enregistrement des projets de santé, etc. Cette entité peut devenir aussi le lieu d'analyse et d'avis sur les demandes des équipes de bénéficier de rémunération d'équipe (forfait équipe coordonnée, ou forfait structure). Avec l'appui de l'expertise des équipes de « facilitateurs » des équipes régionales de la FFMPs si besoin.

Les objectifs de ces entités peuvent être de :

- Motiver les équipes de soins qui désirent mieux organiser la prise en charge des patients en se regroupant : MSP, PSP, CDS, organisation territoriale
- Apporter de l'expertise avec l'appui des équipes régionales de la FFMPs
- Créer des lieux de rencontre pour échange, témoignages (mini séminaires)
- Analyse et avis sur les demandes de contractualisation avec ces acteurs.

B - Soutenir la constitution de « plateforme territoriale ». Réunion des acteurs sur un territoire plus large que la maison de santé, et couvrant de 10 à 80.000 habitants. Ce lieu d'animation travaille plus volontiers sur des objectifs de santé publique. Il correspond parfois à un territoire de permanence des soins des médecins (PDS), parfois plus large. Le regroupement territorial a pour objet la fluidité du parcours de soins entre ville et hôpital, la formation des professionnels, de campagnes de santé publique, de démarche qualité collective. Il sera le lieu privilégié de la mutualisation de la production de données et de l'organisation d'ETP même si l'inclusion et le suivi ultérieur des patients relève de l'équipe en MSP.