

Des maisons de santé “MSP” aux plates-formes de santé “PSP” “Vers la modernisation du secteur libéral ambulatoire”

Trois piliers fondateurs pour réussir : une **initiative interprofessionnelle**, associée à un **management ambitieux** et une **ingénierie de santé territoriale**, pour piloter la systémique de ces projets et construire le cadre juridique et le modèle économique de ces nouvelles organisations de santé.

Un dilemme devient prégnant actuellement au cœur de l'évolution du système de soins :

- *d'un côté, les attentes des autorités sanitaires en charge d'appliquer la nouvelle politique de santé, face à des enjeux impératifs envers le maintien des principes de notre constitution,*
- *de l'autre, les initiatives des professionnels de santé libéraux, en charge d'apporter des solutions responsables et performantes, à travers une nouvelle organisation territoriale interprofessionnelle, inscrite dans une démarche qualité.*

Le management de projet est l'outil indispensable pour piloter la complexité et l'efficacité des organisations face au changement.

L'ingénierie de santé apporte la valeur ajoutée de l'organisation au sein de son environnement de santé (institutionnel, industriel).

L'initiative des professionnels de santé libéraux

Face à des mesures contextuelles : moderniser l'organisation de santé libérale ambulatoire pour préserver l'accès à des soins de qualité

L'augmentation des dépenses de santé engendrée par l'émergence des pathologies liées au vieillissement, la dépendance, le développement des maladies chroniques, les enjeux de santé publique actuels (tabac, alcool, obésité...), à l'origine de la nouvelle politique de santé (loi HPST juillet 2009), poussent les professionnels de santé vers une nécessité d'organisation des soins, d'évolution de leurs pratiques, de leur environnement, leur interrelation et la configuration de leurs métiers.

Le développement des nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) en santé, la réforme des études médicales en niveau Licence-Master-Doctorat (LMD) et du développement professionnel continu (DPC), les nouveaux modes de rémunération (NMR) évoqués dans la nouvelle convention nationale, l'organisation de santé territoriale à travers les maisons et pôles de santé (MSP), constituent des moteurs supplémentaires à l'évolution culturelle des pratiques médicales.

Ces constats, à l'origine de la modernisation du système de soins, ne doivent pas briser la réalité des professionnels de santé actuels, mais les inciter à vivre une évolution, dans le respect de l'état de l'art, envers laquelle ils portent la responsabilité d'entreprendre des initiatives à la fois performantes et sécurisantes pour leur avenir professionnel et qui tendent à revaloriser leurs conditions de travail, de vie et de transmission envers les générations futures (serment d'Hippocrate), afin de rejoindre les objectifs nationaux d'amélioration de la qualité, la coordination et l'efficacité des soins.

La loi HPST de juillet 2009 notamment à travers son article 51, tend à favoriser une évolution vers un mode d'exercice plus coopératif et oriente ainsi le secteur libéral vers une nouvelle organisation de regroupement pluridisciplinaire médical et paramédical.

Celle-ci ne peut se concevoir qu'à travers le développement de véritables entreprises de santé, en capacité d'apporter, par le regroupement significatif des professionnels de santé du territoire, une haute valeur ajoutée interprofessionnelle, à l'origine d'une innovation par la qualité médicale.

Pour favoriser le processus d'installation des jeunes : un phénomène complexe

L'intégration réussie des jeunes professionnels de santé au cœur des soins de proximité n'est pas que contextuelle, mais découle d'une combinaison de processus interactifs pouvant faire apparaître plusieurs facteurs d'intégration.

Le **choix conscient** du professionnel de santé se conjugue avec le rôle de la **communauté médicale** (l'expérience des soins de proximité, le rôle des mentors, le parcours éducatif, les valeurs et aspirations...), et la **collectivité territoriale** dans son ensemble (le degré d'implication citoyenne des MSP, la disponibilité des ressources, la situation économique...).

Les MSP en offrant des stages dans le cadre de la formation initiale des études de santé, permettront de développer l'expérience vécue des soins de proximité comme un pilier de choix d'installation, qui prédomine probablement sur les mesures institutionnelles incitatives ou coercitives prédéterminées.

Des maisons de santé “MSP” aux plates-formes de santé “PSP” “Vers la modernisation du secteur libéral ambulatoire”

Un management ambitieux

Il renforce la solution pour répondre au changement d'organisation du système de santé qui s'impose face à l'évolution du besoin de santé de la population.

Le changement du système de santé devient à la fois **urgent**, face à l'augmentation de la dette sociale, et **profond**, dans le but de lutter contre le risque d'isolement des professionnels de santé et de restaurer le taux d'installation actuel des jeunes praticiens.

Une nouvelle symbiose entre tous les acteurs du système de santé et leur environnement s'impose, face à un changement qui évolue **autour des professionnels** de santé, à travers la loi HPST, la Convention Nationale et les attentes des jeunes professionnels de santé, mais également **au cœur des cabinets** libéraux, à travers l'évolution des pratiques (coopérations, prévention, éducation thérapeutique...), les NTIC/DMP, le DPC et les NMR.

Cependant, les valeurs du changement ne pourront se mesurer que si elles reposent sur une participation de toute la communauté médicale, et à travers leur envergure déontologique qui, à l'instar de la faculté développant la capitalisation de la connaissance du savoir et de sa transmission, n'en fera pas qu'un effet de mode mais bel et bien le fondement de l'évolution de notre système de santé.

La réussite des MSP nécessite d'apporter une vision dès leur conception des trois enjeux clefs interdépendants :

- La **maîtrise de la dynamique interprofessionnelle**, à travers les protocoles de coopération associée à un Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur (**PRES**), tout en donnant du sens clinique aux diverses unités d'activités interprofessionnelles au sein de ces MSP.
- La **numérisation des infrastructures**, en projetant les MSP dans la maîtrise d'ouvrage du déploiement des TIC en santé.
- Un **management économique ambitieux**, pour inscrire ces MSP dans le cadre d'une politique de maîtrise des dépenses de santé.

Cette innovation de santé, associée à un PRES avec les supports technologiques nécessaires, permettra d'élaborer la connaissance interprofessionnelle, enjeu majeur d'une médecine coopérative au cœur de laquelle la recherche, dans le champ des soins de proximité, doit être intégrée.

L'ingénierie de santé

Elle va permettre de construire la performance et la pérennité des MSP en développant leurs trois organes interdépendants, le système clinique, l'organisation interprofessionnelle, et le fonctionnement territorial.

Le système clinique : Les professionnels de santé/Patients (microéconomie des MSP)

Un projet **réaliste** en prenant en considération les professionnels de santé existants sur le territoire local et motivés pour intégrer la MSP, à l'origine d'un regroupement cohérent et ouvert aux jeunes professionnels de santé.

Un projet **respectueux** en créant un regroupement non surnuméraire et non ségrégationniste. Tous les professionnels de santé du territoire, qui conserveront leurs unités de consultation extérieures, pourront utiliser la plate-forme comme l'outil adapté aux nouvelles pratiques coopératives.

L'organisation : la gouvernance clinique

Représentée juridiquement par une SISA, elle vient en appui au système clinique (centre opérationnel de l'organisation), pour coordonner le travail des professionnels de santé autonomes en situation interprofessionnelle dans l'exercice de leurs responsabilités cliniques.

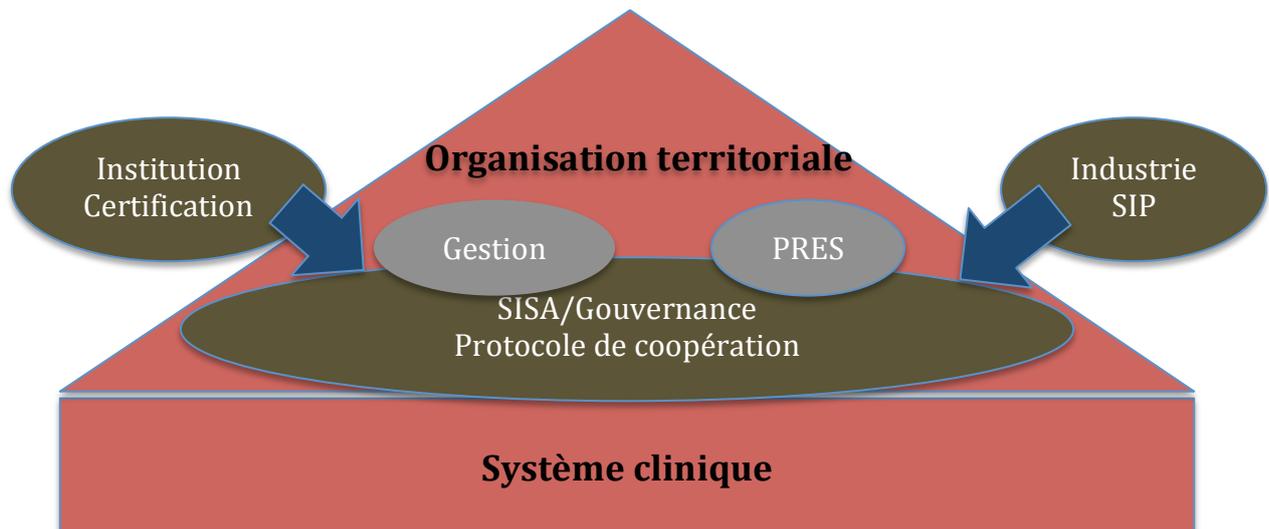
Elle permet de développer entre le système clinique et le système de gestion une autorité de gouvernance en charge de la stratégie clinique, qui pousse le système de gestion à soutenir l'engagement des professionnels vers l'amélioration de la qualité et de la performance.

Le fonctionnement territorial : Coopérations de santé (macroéconomie des MSP)

L'organisation, constituée par une **administration** (gestion), une **gouvernance clinique** (SISA) et un **PRES** en charge de développer la culture pédagogique et scientifique de la connaissance interprofessionnelle avec les supports technologiques nécessaires, va permettre aux MSP avec leurs protocoles d'être en mesure de répondre aux demandes d'expertises professionnelles et scientifiques des institutions, et de faire évoluer et rationaliser les relations avec les industriels.

Des maisons de santé "MSP" aux plates-formes de santé "PSP" "Vers la modernisation du secteur libéral ambulatoire"

La nouvelle organisation de santé engage une réflexion à deux niveaux : à l'échelle micro-économique où coexistent les entreprises de santé et les établissements de santé, et à l'échelle macro-économique avec les trois économies : industrielle avec ses produits, institutionnelle avec ses procédures et interprofessionnelle avec ses protocoles.



Des maisons de santé "MSP" aux plates-formes de santé "PSP" "Vers la modernisation du secteur libéral ambulatoire"

Références

- Aubin C, Daniel C, Schaetzel F, Billon A, Blémont P, Eliot A, Veyret J, Bizot C. « *Le post-internat, constats et propositions* » Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche, juin 2010.
- De haas P, *Monter et faire vivre une maison de santé*, 2010.
- De Pourville G, *Recherche en médecine générale, produire des connaissances en soins primaires*, la revue du praticien, n°11, juin 2007.
- DHOS-DSS-CNAMTS-MSA. *Référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS*, juin 2008.
- Door J.P, « *relative aux personnels enseignants de médecine générale* », Assemblée Nationale n°630, janvier 2008.
- Haute Autorité de Santé, *Coopération entre professionnels de santé, conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007, élaboration d'un protocole de coopération*, juillet 2010.
- HAS, *Délégations, transferts, nouveaux métiers...*, comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?, recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008.
- Hénart L, Berland Y, Cadet D, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, remis aux Ministres du Travail, de l'Emploi et de la Santé (X Bertrand), de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (V. Péresse), et à la Secrétaire d'Etat chargée de la Santé (N. Berra), janvier 2011.
- Juilhard J-M, Crochemore B, Vallancien G, Chambaud L, Schaetzel F, *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Ministère de la Santé et des Sports, Secrétariat d'Etat à la Politique de la Ville, Secrétariat d'Etat à l'aménagement de Territoire, janvier 2010.
- Mintzberg H, *Le management, voyage au centre des organisations*, 1989.
- Rapport du docteur E Hubert, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, novembre 2010.
- Regards sur la gouvernance clinique :
Pratiques et Organisation des soins volume 39 n°3/ juillet-septembre 2008.
- Ritter P, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, Ministère de la Santé et des Sports, janvier 2008.
- Siwek P, *Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels*, 2011.
- Touati Nassera et Turgeon Jean, « Répartition géographique des médecins de famille ? : quelles solutions à un problème complexe ?? », Santé Publique, 2013/4 Vol 25,p. 465-473.