

QUALITÉ ET PROXIMITÉ : VRAIS OU FAUX AMIS ?

Orateurs : **Alain BERNARD**, Professeur de chirurgie thoracique et cardiovasculaire au CHU Dijon Bourgogne | France, **Frédéric CHÉREAU**, Maire de Douai, Coprésident de la commission santé de l'Association des Maires de France - AMF | France, **Danielle FREGOSI**, Membre du bureau de la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers - CNDCH | France, **Lamine GHARBI**, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée - FHP | France, **Magalie RASCLE**, Directrice Déléguée aux Politiques Sociales de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole - CCMSA | France, **Guy VALLANCIEN**, Président de CHAM | France

Débat animé par **Nancy CATTAN**, Journaliste à Nice Matin | France

Incompatibilité entre chirurgie complexe en proximité et qualité

L'analyse des données met en évidence que les chirurgies complexes réalisées en proximité ne permettent pas d'assurer un niveau de qualité suffisant. Le faible nombre d'actes réalisés, et par conséquent le manque de pratique, expliquerait des taux plus importants de reprises chirurgicales pour complication, passages en réanimation, ou de décès. C'est ainsi que, les activités de certaines chirurgies sont soumises à des seuils par établissement mais non par chirurgien. Des chirurgiens se retrouvent ainsi à pratiquer peu dans un établissement titulaire d'une autorisation. Ce constat est renforcé par un système d'évaluation cloisonné, par établissement et non pas par équipe et discipline, et par l'absence de lien entre certification, qualité et financement. La formation aux bonnes pratiques évaluées ne suffit pas à pallier ce manque de pratique.

Lisibilité de la gradation des soins et transparence envers le patient

Si certains patients souhaitent un service de chirurgie complexe au plus près du domicile, il est nécessaire d'être transparent envers eux sur l'incompatibilité entre chirurgie complexe en hyper-proximité et qualité. A contrario, d'autres patients assimilent, à tort, soins de proximité et danger et parcourent de longues distances pour des soins qui pourraient être réalisés en proximité. Il est nécessaire de faire preuve de pédagogie auprès du patient pour rendre lisible la gradation des soins afin qu'elle soit respectée et utilisée de façon conforme. Cette lisibilité permet en outre d'éviter d'encombrer les services hospitaliers.

L'accessibilité aux soins, une approche holistique promouvant davantage l'équité que l'égalité

La qualité en proximité de tout type de service de soins, en tout point du territoire, pour toute personne, n'est ni soutenable du point de vue médico-économique et des ressources humaines, ni efficient. Cette proximité doit s'entendre, non seulement au sens géographique, mais également au sens d'accessibilité, à savoir permettre à tout un chacun d'avoir accès, en fonction de sa situation, aux soins, de la prévention jusqu'au curatif. Il est donc nécessaire de cibler les populations, leur environnement, leurs déterminants de santé, à l'aide de data et ce, afin de composer une offre de soins adaptée au territoire.

Cette accessibilité se décline sous différents angles : accessibilité temporelle (temps d'attente), financière (tiers payant), transport, accessibilité sociale (personne hors du système de santé et dispositifs d'aller-vers). C'est davantage une recherche d'équité d'accès aux soins que d'égalité.

Le financement des professionnels : un levier incitatif à la qualité et la proximité des soins

Le financement actuel en milieu hospitalier ou libéral promeut la quantité d'actes, dans un système de santé construit autour du curatif. Il pourrait évoluer pour devenir un levier important pour inciter à la qualité et la proximité, tout en permettant une évolution vers un modèle préventif, plus efficient. A cet égard, des suggestions de financement innovants sont formulées : financement au résultat, à l'échelle d'un bassin de population et en fonction de son état de santé, financement favorisant la coordination et la prévention, forfait pour une pathologie ou un parcours de soins ...

Évolution des délégations de tâches pour une meilleure proximité et qualité des soins

La crise sanitaire de la Covid-19 a incité momentanément à la délégation de tâches. Si la répartition des ressources professionnelles et le défaut de transfert de tâche fait défaut aujourd'hui, les professions paramédicales et médicales ont vocation à évoluer vers plus de qualification, comme l'atteste les infirmiers en pratiques avancées (IPA). Cette évolution permet de refocaliser la ressource médicale sur l'acte médical sur lequel elle a de la plus-value. La crainte des médecins de perdre en revenus par transfert d'actes simples est cependant un frein et remet en cause le financement à l'acte. En outre, la délégation de tâche peut être conjuguée avec les nouvelles technologies permettant d'abolir les distances et de chercher l'expertise là où elle se trouve, tout en gardant une proximité pour l'accompagnement et la pédagogie réalisée auprès du patient.

La coordination, un indispensable à la proximité et qualité des soins

Qualité et proximité, sous-entendent une gradation des soins qui pour être effective doit être coordonnée. La problématique de la proximité en zones rurales se pose depuis longtemps sous l'angle des structures d'exercice coordonné. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), commencent aujourd'hui à structurer l'offre libérale, et les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) permettent une coordination et une mise en commun de ressources des établissements membres. Face aux fermetures d'établissements de proximité, une réorganisation du parcours, en coordination avec le public/privé, l'hôpital/la ville est nécessaire.

L'évolution de l'hôpital de proximité vers la « cité santé »

Là où les établissements privés ferment, faute d'actes ou de médecins en nombre suffisant, le maintien des hôpitaux de proximité fait l'objet d'une pression politique locale pour que les territoires en question ne deviennent pas des déserts médicaux. Pourtant, un taux de fuite des malades est identifié, faute d'un manque de qualité. Des alternatives doivent être trouvées dans une approche territoriale avec les différents acteurs. Sans pour autant les fermer, il s'agit de les transformer en cité santé de proximité, de prévention et de réhabilitation (consultations, pré et post-opératoire, SSR, antenne d'urgence...)