



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé

AVIS ET RAPPORT 2018



Avant-Propos

A la suite de l'ouverture par le gouvernement de la concertation préalable à la définition de la stratégie de transformation de notre système de santé, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a élaboré un rapport et un avis adoptés en séance plénière le 24 mai 2018.

Ces travaux prolongent les réflexions antérieures du HCAAM sur l'organisation à moyen terme du système de santé, par l'analyse des choix possibles et par la préconisation d'une orientation de rupture assortie de propositions concrètes.



Table des matières

Avis du 24 mai 2018 sur la Stratégie de transformation de notre système de santé	5
Rapport sur la Stratégie de transformation de notre système de santé	25
Introduction	27
Première partie : le choix d'un scénario de rupture	29
1. Les trois scénarios d'évolution possible	31
1.1. Le scénario « au fil de l'eau »	31
1.2. Le scénario de « la concentration menée à son terme »	33
1.3. Le scénario de « la différenciation ».....	34
2. Le choix du HCAAM : une politique volontariste de rupture avec le modèle historique.....	36
2.1. Des principes et des valeurs partagés	36
2.2. Une nouvelle approche : partir des services à rendre à la population	37
2.3. Un scénario de rupture possible en tirant parti de la différenciation du système	38
3. Un choix qui appelle une démarche de rupture fondée sur un schéma prospectif.....	42
3.1. Dans un secteur très fortement réglementé et encadré par les pouvoirs publics un schéma prospectif est une pièce indispensable de la régulation	42
3.2. Les acteurs doivent disposer de perspectives claires pour positionner leurs projets, développer des jeux coopératifs ou offrir des alternatives positives.....	42
3.3. Le schéma prospectif doit prendre la forme d'un processus adaptatif, fondé sur une boucle qu'alimentent les initiatives des acteurs et l'intégration de leur expérience.....	45
Deuxième partie : le schéma prospectif proposé et ses conséquences pour les différents acteurs et les différents segments de l'offre	47
1. Donner aux usagers la capacité de contribuer activement à leur prise en charge	49
1.1. Garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles	49
1.2. Mettre en place des outils d'information du patient sur son processus de prise en charge.....	50
1.3. Mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les choix qui les concernent	51
1.4. Favoriser une bonne orientation des usagers.....	51
2. Définir des valeurs fédératrices et une approche cohérente des rôles et missions des professionnels quel que soit leur cadre d'exercice	52
2.1. Définir des valeurs professionnelles adaptées au 21ème siècle	52
2.2. Articuler le rôle et les conditions d'exercice des professionnels de santé avec l'organisation recherchée.....	53
3. Faire évoluer l'offre ambulatoire	55



3.1.	Formaliser l'engagement individuel des professionnels pour un exercice rénové	55
3.2.	Généraliser le travail en équipe dans un cadre juridique et financier de droit commun	57
3.3.	Faire du déploiement des Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS) une priorité	58
3.4.	Le rôle des usagers dans le réseau de proximité.....	61
4.	Faire évoluer l'offre en établissement de santé.....	62
4.1.	Redéfinir les missions des professionnels et des établissements	62
4.2.	Conduire une réorientation de l'offre en établissement conciliant les impératifs de proximité, de sécurité et de qualité.....	67
4.3.	Faire évoluer les Groupements Hospitaliers de Territoire	69
5.	Définir une gradation des prises en charge englobant les acteurs de l'ambulatoire et des établissements.....	70
6.	Coordination et intégration.....	71
6.1.	La coordination.....	71
6.2.	L'intégration et les parcours.....	73
Troisième partie : la régulation au service du projet de transformation		77
1.	Mettre en place un pilotage stratégique et prendre en charge les problèmes de la transition	79
1.1.	Constituer au niveau national une réelle capacité stratégique	79
1.2.	Mettre en place une force de pilotage du changement associant l'ensemble des acteurs et largement déconcentrée au niveau régional dans sa mise en œuvre	80
1.3.	Adopter de nouvelles méthodes d'action privilégiant simplicité et rapidité ; participation et autonomie des acteurs	81
1.4.	Prendre en charge les problématiques de la transition	81
2.	Confier aux ARS un rôle de régulateur des services rendus à la population.....	83
3.	Permettre les redéploiements dans le cadre de la régulation financière et fixer le niveau des dépenses.....	84
3.1.	Le niveau des dépenses de santé et leur financement ; différentes options possibles, mais une exigence de solidarité et de justice sociale	84
3.2.	Des modalités d'allocation des ressources ne faisant pas obstacle à la transformation.....	85
3.3.	Un nouveau cadre de tarification.....	86
4.	Articuler la politique d'investissement avec la prospective organisationnelle.....	88
Annexe 1 : La gradation des prises en charge		91
Annexe 2 : Les établissements de santé communautaires.....		93
Annexe 3 : Les dispositifs de coordination existants		97





Avis du 24 mai 2018 sur la Stratégie de transformation de notre système de santé

Le monde de la santé traverse aujourd'hui une crise qui affecte toutes ses composantes : établissements de santé, professionnels de ville et des établissements, structures publiques et privées, secteur sanitaire et médico-social. Dans cette crise, les difficultés des uns alimentent celles des autres. La dimension territoriale est majeure, tant les inégalités s'inscrivent de façon inacceptable dans des situations contrastées et des trajectoires divergentes selon les territoires. La question du sens enfin, est centrale, nourrie de l'insatisfaction croissante de la population et de la souffrance des professionnels.

Partant d'un diagnostic commun de la gravité de la situation, le HCAAM s'est attaché à proposer un projet de transformation susceptible de fédérer l'ensemble des acteurs. Ce projet, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme, doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires.

Pourquoi proposer aujourd'hui une réforme systémique ? On peut estimer que des ajustements, un approfondissement des actions déjà entreprises suffiraient pour atteindre les objectifs maintes fois réaffirmés et sur lesquels tout le monde s'accorde : recentrage des établissements de santé sur leurs missions techniques, d'urgence et d'expertise ; structuration de la ville dans le cadre d'un exercice collectif coordonné permettant de garantir l'accès aux soins, leur continuité et de développer la prévention ; lutte contre le gaspillage, la non pertinence, la non qualité. Mais, force est de constater que la réalité résiste et que, malgré des efforts constants, notre système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle, orienté vers une approche curative et individuelle de la santé, ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population qui résultent de la transition démographique et épidémiologique¹.

Soixante ans après, il nous faut oser changer de paradigme et répondre par une réforme d'ensemble aux difficultés que l'on voit s'amplifier chaque jour. Seule une telle approche permet l'indispensable synchronisation d'un ensemble d'actions à conduire dans les différents compartiments du système de santé, à différentes échelles, en mobilisant les outils du long terme et particulièrement celui de la formation.


La rapidité des innovations scientifiques et techniques, les progrès spectaculaires des thérapeutiques contrastent avec la lenteur de la transformation globale de notre système. Il s'agit aujourd'hui de mettre fin à ce hiatus et d'intégrer dans une même dynamique l'innovation technique, scientifique et organisationnelle.

Plusieurs scénarios d'évolution sont possibles parmi lesquels le HCAAM réitère son choix, affirmé en 2016², en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence.

Ce scénario offre ainsi à chacune des composantes de notre système des perspectives de développement propres, au service d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des services rendus et des résultats de santé.

¹ Depuis 1960, le nombre de personnes de plus de 65 ans a plus que doublé alors que le nombre de personnes de moins de 20 ans est resté quasiment stable. Un quart de la population serait aujourd'hui atteint d'une pathologie chronique.

² Rapport du HCAAM, adopté en 2016, qui portait sur l'innovation dans le système de santé.



Il est ainsi mis fin au cloisonnement institué au milieu des années 1970 entre prévention, soins et remédiation médicosociale. Le territoire d'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population n'est plus le territoire hospitalier, mais le bassin de vie³.

Un tel scénario, guidé par une logique de demande fondée sur les services à rendre à la population (et non la logique habituelle de gestion de l'offre), nécessite une action volontariste en rupture avec les tendances d'évolution spontanée du système vers toujours plus de spécialisation et de concentration. Il est le mieux à même de répondre à l'exigence de réduction des inégalités et de prise en compte de la diversité des territoires.

1. Le scénario de rupture proposé par le HCAAM

Ce scénario de rupture suppose la mise en œuvre d'une démarche qui, prenant pour point de départ les services à rendre à la population, se développe à plusieurs niveaux.

1.1 Partir des services à rendre à la population

Le HCAAM a, au cours de ses différents travaux, affirmé des principes et des valeurs qui doivent guider la réflexion sur l'organisation de l'offre⁴. Ainsi, l'organisation proposée par le Haut Conseil vise à concrétiser dans le contexte d'aujourd'hui le principe constitutionnel d'égal accès aux soins pour tous et le droit à la protection de la santé⁵.

Pour répondre à cette exigence, la transformation du système doit s'appuyer non plus sur l'analyse de l'offre mais sur les services attendus par la population. Il ne s'agit pas d'organiser la présence ou le maintien d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des habitants alentour mais d'organiser l'accès des habitants d'un territoire à des services pertinents et de qualité définis concrètement, par exemple :

- avoir un médecin traitant ;
- avoir accès à une consultation dans des délais appropriés suivant l'apparition d'un problème de santé et à l'expertise spécialisée, le cas échéant nécessaire ;
- accéder, en cas de pathologie chronique, à une équipe qui suit le patient et l'oriente ;
- bénéficier effectivement, en cas de besoin, d'un service d'éducation thérapeutique ;
- accéder si nécessaire aux technologies les plus rares et les plus coûteuses ;
- pouvoir vivre ses derniers jours chez soi si tel est son vœu...

³ Au sens de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

⁴ Notamment dans son avis « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012, et sa note « Les principes de solidarité de l'assurance maladie », adoptée à l'unanimité lors de sa séance du 24 janvier 2013.

⁵ 11ème alinéa du préambule de la Constitution de 1946.

1.2. Permettre aux usagers et aux professionnels d'être des acteurs de la transformation

La transformation que propose le HCAAM suppose de donner aux usagers, aux patients tout autant qu'aux professionnels de santé la capacité d'être des acteurs du changement.

a) Donner aux patients un rôle d'acteurs de leurs prises en charge et de la transformation engagée

Le Haut Conseil considère que l'inclusion réelle des usagers et des patients aux processus de prévention, de soins et de suppléance est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes, mais également une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité de notre système de santé. Le Haut Conseil estime donc que la politique menée en faveur de l'inclusion des usagers et des patients doit être réellement ambitieuse selon différents axes.

Le premier axe consiste à garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles en donnant au Service Public d'information en santé (SPIS) prévu en 2016 des moyens et une visibilité à la hauteur des ambitions affichées. Il convient, à cet égard, de rappeler un principe simple et pourtant trop souvent oublié dans les actions d'information menées par les pouvoirs publics : l'information doit être accessible, lisible et compréhensible par ses destinataires. Des propositions adaptées devraient être conçues pour, et avec, les populations ayant des besoins d'informations spécifiques (personnes en situation de handicap, vulnérables, étrangères, de grand âge, etc.).


Le deuxième axe consiste à mettre en place des outils d'information des patients sur leur processus de prise en charge. La réforme de la procédure d'Affections longue durée (ALD)⁶ a laissé ouverte la question des modalités d'information des patients atteints d'ALD et, plus généralement, de l'ensemble des patients chroniques. Investir dans cette question doit être une priorité des pouvoirs publics. Le Haut Conseil réaffirme que les modalités de l'information du patient par les professionnels de santé, mobilisant le potentiel des technologies actuelles, doivent faire l'objet de propositions opérationnelles de la part du Ministère de la santé. L'information du patient sur sa prise en charge doit inclure les éléments relatifs à ses droits sociaux. Dans un souci de cohérence, le SPIS doit s'articuler avec les initiatives menées par les pouvoirs publics pour faciliter cet accès et, notamment, avec les outils numériques développés dans le cadre du portail « Mes droits sociaux ».

Le troisième axe consiste à mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques qui les concernent. Pour cela des modèles existent de « décision partagée en soins de santé » qui seraient à prévoir dans la ligne éditoriale du SPIS. Quant à la formation des professionnels, la généralisation d'enseignements sur la décision partagée et la communication auprès des patients est indispensable.

Le quatrième axe concerne l'orientation des usagers dans le système. Le HCAAM souhaite que les usagers aient un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent. Le Haut Conseil considère, par ailleurs, qu'une plus grande transparence sur les compétences et les engagements de service des différents professionnels et structures serait à même de faciliter l'orientation des patients et de les rassurer, favorisant des comportements responsables de leur part et des recours adéquats. Le processus engagé en vue de leur « recertification » va dans ce sens.

Le HCAAM souhaite également que le droit à un second avis soit organisé pour tous les cas où les enjeux de santé le justifient, afin d'en garantir l'effectivité tout en limitant les recours non pertinents.

⁶ De façon heureuse, le dispositif des ALD a été simplifié et le protocole délivré antérieurement à l'assuré supprimé, mettant fin à une certaine confusion qui existait entre l'identification des actes et produits ayant vocation à être pris en charge à 100% et la séquence des soins ou examens qui devaient être réalisés.



Enfin, une réflexion doit être engagée sur les initiatives commerciales qui deviennent structurantes pour l'accès des patients aux professionnels, par exemple les systèmes d'avis médicaux et de prise de rendez-vous en ligne.

b) Définir un socle de valeurs professionnelles adaptées à notre temps

Le Haut Conseil considère qu'il est important de reconsidérer explicitement le système de valeurs et de principes défini dans les textes (notamment ceux issus de la charte de 1927) pour l'adapter tant aux évolutions déjà constatées dans les pratiques qu'aux attentes des patients et usagers et des professionnels eux-mêmes.

Le Haut Conseil considère que cette exigence concerne l'ensemble des professions de santé qui doivent pouvoir se référer à un socle de valeurs communes cohérentes avec les enjeux de notre temps ainsi qu'avec l'organisation proposée. Ces valeurs devraient s'articuler autour de notions telles que : « l'égalité et la justice sociale ; le travail collectif, la coopération et la collaboration entre professionnels ; la primauté et le respect du patient (bien être, autonomie) ; la compétence et la médecine fondée sur des preuves et enfin la gestion raisonnée des ressources limitées du système de santé ».

Dans cette optique, le Serment d'Hippocrate peut être relu avec beaucoup d'intérêt. Qu'y manque-t-il ? Pas grand-chose au fond. Trois ou quatre prolongements peut-être : l'inter-professionnalité, l'approche de santé publique, la préoccupation du « juste soin »⁷.

Le Haut Conseil, qui ne peut prétendre définir lui-même ces valeurs, appelle les différentes professions, les patients et les pouvoirs publics à s'engager dans ce travail et à en tirer, le moment venu, les conséquences législatives, règlementaires, organisationnelles ainsi que dans le contenu des formations initiales et continues.

c) Articuler le rôle des professionnels de santé avec l'organisation recherchée


L'absence de schéma prospectif clair s'accompagne aujourd'hui d'un certain flou dans la définition des rôles et des missions des différentes catégories de professionnels de santé. Ce flou alimente la méconnaissance de ce que chacun peut attendre de l'autre, mais aussi la défiance vis-à-vis d'empiètements possibles. Un travail doit être conduit permettant de clarifier le positionnement de chacun et de favoriser des jeux coopératifs qui produiront une montée en compétence collective au service de la population.

Le schéma proposé par le HCAAM soulève la question de la logique de spécialisation toujours plus fine aujourd'hui produite par notre système de formation. La spécialisation est bien sûr rendue nécessaire par l'évolution des savoirs et des techniques, mais elle paraît excessive au regard des besoins à couvrir et soulève des problèmes de coordination que l'on pressent à terme insolubles. Comment assurer certaines gardes dès aujourd'hui dans des disciplines où les professionnels sont hyperspécialisés ? La filialisation qui accentue encore la rigidité de ces spécialisations au détriment de toute approche globale et de possibilités de réorientations ultérieures est extrêmement préoccupante. Le HCAAM souhaite qu'une réflexion soit ouverte permettant de réorienter les formations pour intégrer le besoin de médecine polyvalente et favoriser la capacité des professionnels de changer d'orientation au cours de leur vie. Cette même préoccupation s'applique à la définition des formations et compétences des professionnels paramédicaux de pratique avancée.

Le schéma proposé suppose en outre de faciliter dans un certain nombre de cas les possibilités d'exercices mixtes et les évolutions professionnelles tout au long de la vie.

Dans le cadre de ce schéma, les missions des différentes catégories de professionnels sont amenées à évoluer leur permettant de jouer pleinement leur rôle dans leur champ de compétence respectif.

⁷ Il s'agit ici de garantir à tous l'utilisation optimale des ressources à mobiliser pour chaque prise en charge.



Pour que les acteurs ambulatoires puissent prendre en charge ce nouveau rôle d'organisation du réseau de proximité et de relations entre les acteurs, il faut que chaque profession puisse se recentrer sur son cœur de métier, pour pouvoir apporter son expertise propre. Plusieurs points sont particulièrement déterminants :


- Le rôle propre des infirmiers : par leur compétence propre, et le développement de celle-ci vers les pratiques avancées, cette profession sera amenée à jouer un rôle central dans la transformation proposée. Dans le cadre du premier recours, de la collaboration avec le médecin traitant dans la prise en charge de patients chroniques, de leur rôle en santé publique, les infirmières vont voir leurs missions évoluer ce qui va nécessiter d'envisager autrement les soins d'hygiène qu'elles devront organiser, mais beaucoup moins faire elles-mêmes ;
- Le rôle des médecins généralistes doit être recentré sur l'expertise médicale, en créant des postes d'assistant en cabinet, pour que cette expertise puisse se développer, non seulement à travers les services classiques diagnostiques et thérapeutiques au patient et à la patientèle du médecin traitant, mais désormais aussi à travers le développement des services à rendre à la population dans chaque territoire et leur contribution à l'organisation de la relation entre ville et hôpital, entre soins primaires et secondaires, pour l'articulation médicosociale, les soins de santé populationnels...
- Le rôle des autres médecins spécialistes doit intégrer une dimension populationnelle et territoriale. Ils doivent au-delà de leurs missions d'expertise et de prise en charge spécialisées des patients, contribuer dans leur champ de compétence à la définition des conditions de mise en œuvre des référentiels de prise en charge et d'organisation des relations entre ville et hôpital ainsi qu'avec les autres professionnels. Pour un certain nombre d'entre eux ils ont un rôle à jouer dans la facilitation de l'accès des patients aux plateaux techniques et aux expertises les plus spécialisées de leur champ.
- Le rôle des pharmaciens doit de plus en plus intégrer un rôle de conseil associé à la dispensation. Ils ont, en particulier, un rôle à jouer dans la conciliation médicamenteuse dans le cadre de coopérations entre pharmacies de ville, des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux. Ils sont un des piliers essentiels de la prise en charge en soins primaires avec les médecins généralistes et les infirmières.
- La place des aides-soignants est aujourd'hui limitée dans le champ ambulatoire. Elle est appelée à se développer dans le schéma proposé, dans des cadres à définir.

En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Ces organisations doivent à une échéance rapide pouvoir s'inscrire dans des cadres juridiques et financiers de droit commun. Dans cette logique, le Haut Conseil recommande que soient étudiés les modèles organisationnels possibles et souhaitables au regard des objectifs de service proposés par le présent schéma prospectif. Cette étude doit se traduire par la mise au point d'un certain nombre de prototypes pour lesquels le type de ressources à mobiliser soit identifié et des modèles de financement pérennes définis, permettant d'en assurer l'efficacité mais aussi l'attractivité.

La mise en place de structures regroupant des professionnels de différentes professions et de différentes disciplines permettra de favoriser des formes beaucoup plus abouties de coopération qu'aujourd'hui. Elle permet d'envisager de façon beaucoup plus ouverte les possibilités de délégations de tâches. Le HCAAM rappelle sa position exprimée en 2014 dans son avis sur les coopérations en faveur d'une abrogation de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) à remplacer par une disposition permettant la délégation de tâche sous la responsabilité de la structure considérée (établissement ou structure d'exercice regroupé) toutes les fois où il y a disponibilité permanente d'un médecin.

Quels que soient les lieux d'exercice le HCAAM considère qu'un des objectifs des organisations à mettre en place ou à faire évoluer doit être de réduire le temps passé à des tâches administratives qui est appelé à se développer mais doit être externalisé et mutualisé pour une part, libérant du temps de soins.

Des métiers largement présents dans d'autres secteurs sont appelés à jouer un rôle croissant dans le secteur de la santé, tout comme de nouveaux métiers émergents : assistants en cabinet de médecine générale, assistants administratifs, ingénieurs, gestionnaires de données, prestataires de services...



La notion d'équipe est centrale dans le fonctionnement de la future offre en ambulatoire comme dans les établissements. C'est à son niveau que doivent être dégagées les marges d'action permettant aux professionnels de s'inscrire dans des projets, de s'approprier les référentiels de prise en charge, d'observer et d'évaluer leur pratique et ses résultats.

1.3. Constituer un réseau territorial de proximité fortement intégré

Pour répondre aux besoins de la population d'un bassin de vie, le réseau territorial de proximité comprend des soins ambulatoires et des soins avec hospitalisation. Il est porteur d'un projet de santé de territoire. Il organise le décroisement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Il intègre ainsi, dans le cadre des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des offres au-delà de celles que l'on assimile aujourd'hui au premier recours ou aux soins primaires : des structures pluri-professionnelles de soins primaires (Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), Centres de santé, équipes de soins primaires) ; des structures libérales spécialisées assurant une partie de leur activité en réponse aux besoins de proximité ; des structures d'exercice regroupé (cabinets libéraux de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes) ; des plateaux d'imagerie et de biologie, des médecins libéraux généralistes, autres spécialistes de premier recours, ou de deuxième recours dont l'expertise est mobilisée à ce niveau du système ; des infirmiers ; des professionnels de la rééducation ; des podologues ; des pharmaciens ; des sages-femmes ; des chirurgiens-dentistes ; des acteurs de la prévention et notamment les services de la Protection maternelle et infantile (PMI), de la santé scolaire et de la santé au travail ; des centres ou services de prise en charge de la santé mentale en proximité ; des services centrés sur les prises en charge à domicile (Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)) ; des établissements médico-sociaux, en particulier les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Dans ce cadre, les organisations susceptibles de répondre au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ont vocation à se renforcer mobilisant des infirmiers et aussi des aides-soignants en nombre plus important qu'aujourd'hui.

S'agissant des CPTS, le HCAAM propose un maillage progressif du territoire par environ 1000 CPTS dimensionnées pour couvrir une maille de 30 à 100 000 habitants selon la densité.

Ces CPTS regroupent l'ensemble des intervenants ambulatoires des champs de la prévention, du sanitaire et du médicosocial. Elles n'incluent pas d'établissements de santé. Elles doivent disposer de moyens leur permettant de jouer leur rôle d'animation et d'organisation.


Leur gouvernance doit réunir l'ensemble des professionnels et structures qui les composent.

Les CPTS ont la faculté de passer des contrats au nom de leurs membres avec les Agences régionales de santé (ARS) ainsi qu'avec des établissements de santé ou des collectivités territoriales ou tout autre acteur (contrats qui ne sont pas exclusifs de ceux que leurs membres peuvent passer directement).

Les CPTS ont la responsabilité de la concertation et de la coordination entre professionnels et de l'organisation qui doit garantir la délivrance effective et la qualité des services promis. Cette organisation s'adapte aux ressources humaines susceptibles d'être mobilisées sur un territoire. Elle permet de définir les conditions de mise en œuvre des référentiels nationaux dans le contexte propre à chaque territoire. Elle permet de produire un consensus organisationnel. L'amélioration des pratiques et de la qualité doit être un axe fort de l'action des CPTS.

Les CPTS doivent pouvoir mobiliser le développement professionnel continu (DPC) pour favoriser une réponse collective et cohérente aux besoins de formation qu'elles estimeront nécessaires en accompagnement de la démarche engagée et pour traiter aussi des problématiques de santé propres à chaque territoire.

Les CPTS organisent les relations entre les acteurs ambulatoires. Elles assurent l'interface entre les acteurs ambulatoires du territoire et les établissements communautaires associés au sein du réseau de proximité.



Elles assurent également l'interface avec les acteurs de deuxième ou troisième ligne, en particulier les établissements de recours ou de référence. L'objectif est d'organiser les conditions d'entrée, de séjour, et de sortie ; l'accès direct sans passer par les urgences ; le partage d'informations ; l'orientation ; la régulation des urgences et des demandes non programmées.

Les CPTS doivent, en outre, avoir pour ambition la mise en place d'un circuit territorialisé de distribution des produits de santé et le développement de la conciliation médicamenteuse. Elles doivent, pour cela, organiser la collaboration des pharmaciens d'officine et des pharmaciens hospitaliers avec les autres professionnels de santé.

Par ailleurs, les CPTS sont le support d'une relation intégrée avec le médicosocial et le social, mais également avec les services médicaux spécifiques dédiés à la prévention, en particulier la PMI, la médecine scolaire et les services de santé au travail.

Un certain nombre d'outils créés pour renforcer l'accès territorial aux soins doivent être mis à la main des CPTS pour leur permettre de favoriser l'installation des professionnels nécessaires sur un territoire et de contribuer à des solutions favorisant l'exercice délocalisé de professionnels une partie de leur temps ou encore l'accès de certains patients de zones sous-dotées à l'offre de zones proches correctement dotées.

C'est dans le nouveau cadre global proposé que devront être trouvées des réponses crédibles aux déséquilibres d'installation des professionnels sur le territoire.

Les CPTS favorisent l'accueil de stages en ambulatoire dans le cadre de la formation initiale, médicale et non médicale.


Elles organisent le recueil de données cliniques en ambulatoire et contribuent au développement de la recherche clinique ambulatoire.

L'adhésion des professionnels aux CPTS et leur implication dans le fonctionnement de celles-ci doivent conditionner leur accès à des conditions d'exercice améliorées, cohérentes avec les attentes de ceux-ci, particulièrement des jeunes. Ainsi, l'adhésion des professionnels à ce cadre conditionnera l'accès aux moyens supplémentaires mis en place, par exemple : accès à des moyens de supports administratifs ou paramédicaux, support technique à la coordination avec les autres professionnels ou structures, aide à l'installation et à la mobilité ; accès à un système de remplacement organisé ; aide à la collecte et à l'analyse de données permettant de faire progresser les pratiques ; systèmes d'information partagés... L'accès aux formes de rémunérations nouvelles des structures regroupées doit également être conditionné à cette adhésion.

Le Haut Conseil considère que les incitations à mettre en place en priorité ne sont pas seulement pécuniaires mais consistent avant tout à donner aux professionnels des moyens matériels, organisationnels ainsi que la reconnaissance leur permettant d'exercer leur métier et leurs responsabilités dans de bonnes conditions. L'enjeu est de leur garantir la capacité d'exercer la plénitude de leurs fonctions en cohérence avec leurs valeurs et leurs aspirations.

Ainsi, à terme, chaque professionnel sera engagé dans une double contractualisation : au niveau national pour les conditions générales de son activité (conventionnement national des individus et des équipes), comme actuellement, et au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité (conventionnement territorial avec la CPTS).

A ces professionnels et structures doivent s'ajouter des établissements, que le HCAAM propose de dénommer établissements de santé communautaire, sans lesquels la prise en charge de proximité ne peut être effective. Il s'agit d'établissements de santé intervenant en proximité et d'établissements de soins de suite et de réadaptation, recentrés sur des activités de médecine polyvalente, en particulier en gériatrie. Ils doivent disposer d'un volant de lits permettant, d'une part, de limiter le recours non pertinent à des hospitalisations dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds, d'autre part, d'organiser les sorties d'hospitalisation dans le centre de recours, et enfin de faciliter la permanence et la continuité des soins.



Ces établissements assurent une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville, bien intégrée dans son environnement, principalement axée sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique notamment (court séjour, Soins de suite et de réadaptation (SSR), Unités de soins de longue durée (USLD), EHPAD, équipes mobiles...). Ils ont vocation à développer diverses activités en fonction des spécificités territoriales : activités de prévention (addictologie, obésité, ...), consultations avancées, etc. Leur orientation médicale n'interdit pas qu'y soient positionnées certaines activités interventionnelles de jour.

Les établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) sont parties prenantes de ces nouvelles organisations et ont vocation à voir leurs activités se développer en substitution à l'hospitalisation avec hébergement en établissement, dont la pertinence est interrogée de façon plus systématique (séances de chimiothérapie, transfusion...). Ce développement doit se traduire par la diversification des profils des populations accueillies et une bonne coopération avec les acteurs, tant en établissement qu'en ambulatoire.

Ces établissements communautaires peuvent servir de point d'appui à la régulation des soins non programmés et des urgences, avec un plateau d'imagerie de proximité et de biologie de routine.

Dans ces établissements (comme dans d'autres structures des CPTS) pourraient également être situés les moyens d'appui à la mise en œuvre de services de télésanté.

Ces établissements répondent à un nouveau concept dont les principales caractéristiques et les modes de fonctionnement ne sont ici décrits que dans les grandes lignes.

La gouvernance de ces établissements doit associer (dans un cadre de responsabilité clair) les CPTS et leurs acteurs, cependant que leurs projets doivent s'inscrire dans un projet territorial plus large défini conjointement par les acteurs ambulatoires et les acteurs hospitaliers concernés.

Dans ces établissements des formes d'exercice mixte impliquant les médecins de la CPTS, médecins généralistes et d'autres spécialités devront se développer. Par ailleurs, il conviendra d'encourager la circulation des professionnels entre ces établissements et les établissements de recours.

L'intégration de ces établissements dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT), lorsqu'ils sont de statut public, est une question. Sur ce point les avis au sein du Haut Conseil divergent. S'il est clair pour tous que l'association aux projets médicaux des établissements de recours est nécessaire, il apparaît à la plupart des membres du Haut Conseil que les formes contractuelles sont plus efficaces et respectueuses des objectifs de chacun qu'une intégration, ce qui les conduit à en rejeter le principe. Certains membres cependant estiment souhaitable une intégration aux GHT.


Le nombre de ces établissements de santé communautaire pourrait, dans les années à venir, se situer entre 550 et 600 constituant un maillage dense du territoire en centres hospitaliers, de statut public ou privé (à comparer aux 243 hôpitaux de proximité actuels).

Dans le cadre du réseau de proximité, la répartition des tâches entre l'établissement et les médecins de ville peut varier selon les territoires et au cours du temps, en fonction du degré d'organisation des équipes médicales ambulatoires, de la démographie médicale et du degré d'intégration entre médecins de ville et établissements.

Le HCAAM propose que les acteurs du réseau de proximité soient, quels que soient leurs statuts, individuellement et collectivement garants de l'accès pour tous aux services considérés comme nécessaires en proximité dans le cadre d'une intégration transversale « non optionnelle » qui doit devenir le nouveau modèle d'organisation.

C'est le réseau de proximité qui, dans ce cadre, doit à terme assumer la responsabilité sociale aujourd'hui confiée, en dernier recours, à l'hôpital (accès aux droits, gestion des relations avec les tutelles éventuelles, prise en compte de l'isolement...). Ce point est un élément déterminant dans le changement de système.

La responsabilité ainsi définie se concrétise par un triple engagement, individuel, d'équipe et territorial, dont les interactions sont déterminantes :

- 
- Engagement personnel à s'inscrire dans un exercice conforme au schéma promu (accepter tous les patients, participer à la permanence des soins, ne pas poursuivre d'exercice particulier exclusif, participer à la prise en charge des priorités de santé...).
 - Engagement de regroupements pluri professionnels (physiques ou virtuels, salariés ou libéraux) qui doivent être généralisés par la mise en place d'un cadre juridique et financier de droit commun. L'exercice isolé n'est, en effet, plus pertinent, mais une certaine liberté doit demeurer quant au choix du type de regroupement.
 - Engagement conjoint des établissements de santé communautaires et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Dans une première étape les CPTS, en lien avec les établissements du réseau de proximité, doivent au minimum garantir les cinq services suivants : accès à un médecin traitant pour toute personne du territoire ; permanence des soins et prises en charge non programmées ; continuité des soins organisée ; orientation vers le bon niveau et le bon type de prise en charge en fonction des besoins ; dépistages et vaccination organisés (selon un calendrier à définir).

Dans un deuxième temps et au fur et à mesure de la maturation des CPTS, doivent être assurés les services suivants : maintien à domicile des personnes âgées ; organisation de processus de prise en charge de différentes pathologies chroniques (dont la priorisation pourra tenir compte des caractéristiques d'état de santé de chaque territoire) ; éducation thérapeutique pour les patients chroniques le nécessitant ; déploiement de programmes de santé publique (à prioriser également en fonction des particularités locales).

Les usagers et les représentants de la population dans le territoire, élus, partenaires sociaux, associations ont vocation à occuper une place particulière dans le réseau de proximité, à travers une représentation identifiée.

S'agissant du réseau de proximité, la réussite ou l'échec de la réforme de rupture proposée, dépendra :


- De la mobilisation des acteurs ambulatoires qu'il faudra encourager par le principe d'un triple engagement, national, en équipe et territorial, dont l'articulation est déterminante ;
- De la mobilisation par les pouvoirs publics d'un investissement net sur l'organisation de la proximité, sans lequel il est illusoire de pouvoir améliorer les conditions de fonctionnement et de travail des acteurs des soins spécialisés de recours et de référence qui payent au prix lourd la déstructuration de l'utilisation des structures auxquelles ils appartiennent.

1.4. Donner aux établissements et aux professionnels de santé des niveaux de recours et de référence les moyens d'assurer leurs missions

La transformation à conduire nécessite de redéfinir les missions des établissements de santé dans un nouveau contexte démographique et épidémiologique et de favoriser une évolution de l'organisation de l'offre donnant aux acteurs de recours ou de référence, qu'ils soient ou non en établissement, les moyens de remplir leurs missions.

a) Redéfinir les missions des établissements

Les textes qui définissent les missions des établissements de santé sont le reflet du rôle qui leur a été historiquement assigné : garantir la réponse à l'ensemble des besoins de santé de la population. Il est immense. Mais, dans le même temps, malgré son apparente exhaustivité, la liste que proposent les textes rend mal compte de l'évolution nécessaire – et d'ailleurs engagée – par des établissements appelés à fortement articuler leurs interventions avec celles des acteurs de la proximité pour prendre en charge une population vieillissante.



Le HCAAM appelle à ce qu'une réflexion soit ouverte pour réactualiser la description des missions attendues des établissements en cohérence avec le schéma prospectif proposé.

Quelques éléments de cette réactualisation peuvent d'ores et déjà être identifiés concernant :

- l'expertise spécialisée susceptible d'être mobilisée à l'initiative des acteurs de proximité, par demande d'avis ou consultation, le cas échéant à distance ;
- le développement d'activités multisites et d'équipes mobiles ou projetées sur le territoire, pour des patients soumis à des soins itératifs qui peuvent s'étaler sur de longues durées (séances notamment) ou pour certaines consultations ;
- l'articulation de l'intervention des établissements avec celle des structures et des professionnels qui suivent les patients en proximité qui ne doit plus être vue comme un élément accessoire de l'activité, une gestion à la marge de son « amont » ou de son « aval » ;
- une attention très forte apportée à la dimension gérontologique qui justifie le développement d'organisations transversales nécessaires à la qualité de la prise en charge des patients dans l'ensemble des services des établissements ;
- l'exercice d'une responsabilité particulière des professionnels des établissements, en lien avec les autres professionnels, dans l'organisation sur le territoire des prises en charge correspondant à leur domaine de compétence.

Cette démarche de réactualisation doit prendre en compte les missions à confier au réseau de proximité.

L'offre hospitalière française se caractérise par une diversité d'établissements assurant des missions diverses et relevant de statuts différents.

Il est clair que tous les établissements ne couvrent pas l'ensemble des missions assignées à l'hospitalisation. Le code de la santé publique distingue d'ailleurs depuis 2016 un socle de missions que l'ensemble des établissements assurent et des missions qu'ils « peuvent assurer », ces dernières relevant essentiellement du champ de l'aide médicale d'urgence, de l'enseignement et de la recherche. Les missions des hôpitaux de proximité font l'objet d'une identification particulière.


De la même manière que pour les professionnels exerçant dans le réseau de proximité, le HCAAM estime nécessaire que des principes communs s'imposent aux établissements assumant les missions du socle de base ainsi qu'aux professionnels qui y contribuent, qu'ils s'inscrivent ou non dans le Service Public Hospitalier : égalité d'accès (accueil des personnes relevant de la Couverture maladie universelle (CMU)/Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME)), absence de discrimination (non sélection du type de cas accueillis pour des raisons autres que médicales), continuité des soins (prise en charge des suites des interventions assurées), garantie de qualité des soins.

S'ajoutent à ce socle, de façon optionnelle : recherche et enseignement, formation des professionnels paramédicaux, aide médicale urgente,... qui ont vocation à être remplies dans les mêmes conditions par tous les établissements qui les prennent en charge. C'est notamment le cas des activités d'urgence et de leurs suites, pour lesquelles s'impose la pratique de tarifs opposables.

On s'arrêtera plus particulièrement sur les missions de formation et de recherche.

Les missions de formation ont vocation à être assurées désormais à tous les niveaux du système de santé par la diffusion des formations pratiques (stages), aussi bien en ambulatoire que dans les différents types d'établissements de santé. C'est à l'Université de définir les critères de qualité et d'évaluation applicables à l'ensemble des acteurs (professionnels et établissements) amenés à développer ce type d'activités.

Les activités de recherche sont, pour l'essentiel, exercées par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) ayant le statut de Centres hospitaliers universitaires (CHU), dans le cadre des conventions qui les unissent à l'Université. Cependant, la pratique a fait évoluer l'organisation de la recherche ce qui permet d'envisager dans le futur un continuum, allant de la recherche la plus fondamentale assurée dans de très grands centres de recherche associés aux autres disciplines fondamentales, à une recherche mobilisant les sciences humaines



et sociales dans le cadre d'une approche populationnelle de la santé, en passant par une recherche clinique diffusée largement dans tous les segments du système de santé. Il est nécessaire de concentrer les investissements matériels et humains pour constituer au sein des CHU, mais en partenariat avec d'autres institutions dans un esprit fédérateur, des équipes disposant d'une masse critique suffisante pour constituer des pôles d'excellence. Cependant, l'intensité de l'engagement des services des CHU dans les activités de recherche demeurera extrêmement variable, compte tenu notamment des charges de soins et d'enseignement assumées par ailleurs. Il paraîtrait dès lors souhaitable d'attacher le conventionnement universitaire correspondant à la mission de recherche au niveau du service plutôt que de l'établissement⁸, en fonction de critères objectifs, ce qui serait de nature à hausser le niveau et les efforts entrepris dans certains services (et pas seulement dans les « petits » CHU) en matière de recherche. Il serait, par ailleurs, pertinent de laisser la possibilité à certains services hospitaliers, hors établissements universitaires, de développer une activité universitaire (quel que soit le statut de l'établissement), non seulement d'enseignement mais aussi de recherche. Cette évolution permettrait de diffuser davantage les activités de recherche clinique en particulier. Elle devrait faire l'objet d'une reconnaissance pour les professionnels y concourant et s'intégrer dans un fonctionnement en réseau.

On ne peut que prendre acte de la pluralité de l'offre hospitalière et du rôle indispensable des différents types d'établissements pour le maillage du territoire. Depuis 2016, la participation d'une clinique au Service Public Hospitalier suppose que l'intégralité de son activité soit à tarifs opposables (hormis le cas particulier de l'association à l'aide médicale urgente), ce qui exclut du champ la plupart des cliniques.

On comprend la préoccupation qui a inspiré cette disposition. L'application de principes communs s'appliquant à l'ensemble des établissements, pour l'exercice du socle commun des missions hospitalières, telle que proposée par le HCAAM (voir ci-dessus), apporte, en partie, une réponse à cette préoccupation.

Au-delà, il est difficile d'adopter une approche générale, sans considération des particularités locales. Cela doit conduire à rechercher des solutions organisées sous l'autorité des ARS en privilégiant la voie contractuelle pour garantir aussi bien les exigences de service public nécessaires à la protection des patients que les droits des établissements signataires.


Ainsi, le HCAAM propose d'ouvrir aux cliniques qui le souhaitent la possibilité de s'inscrire, en accord avec l'ARS, dans le cadre du Service Public Hospitalier pour une partie cohérente ou pour la totalité de leur activité, s'engageant alors à répondre, pour les activités considérées, à l'ensemble des obligations afférentes au service public, dont l'application des tarifs opposables et la garantie d'un reste à charge nul pour le patient.

b) Faire évoluer l'organisation de l'offre de recours ou de référence

Autant pour des raisons de fonctionnement médical (manque d'attractivité, impossibilité d'assurer la permanence des soins,...) que pour des raisons de qualité des soins, les plateaux techniques à faible activité sont en situation très difficile. Entre 60 et 70 établissements publics sont dans ce cas. Mieux vaudrait anticiper et procéder à un redéploiement des activités techniques de ces établissements en faveur des établissements plus importants du territoire lorsque c'est pertinent, avant que les situations ne se dégradent trop et que les décisions doivent être prises de façon contrainte.

Il ne s'agit bien sûr pas de raisonner à partir de normes rigides toujours discutables au niveau des établissements, mais d'examiner la manière, dans chaque territoire, de concilier pour les populations la réponse à une double exigence d'accessibilité et de qualité pour l'ensemble des soins, qui doit prendre en compte les configurations locales. Il s'agit aussi de permettre aux équipes de soins d'inscrire leur action dans un projet de réponse structurée aux besoins de la population par le déploiement de toute une gamme d'activités, tout en leur offrant des conditions correctes de fonctionnement.

⁸ Ce qui, bien sûr, n'est pas contradictoire avec une gestion par l'établissement.



Parallèlement, il est indispensable de développer (et cela peut compenser localement, en termes de ressources humaines, la fermeture de certains plateaux techniques) les établissements de santé communautaire assurant une ligne d'hospitalisation de premier recours.

Cette recomposition indispensable des activités, qui permet de répondre de façon plus adaptée aux besoins de la population, offre certainement aux personnels des établissements concernés des perspectives positives aussi bien en termes d'emplois (bien répartis sur le territoire) que de conditions d'exercice de leur métier. Elle permet de redonner au niveau des établissements de recours et de référence de nouvelles marges de manœuvre et de faciliter la réalisation de leurs missions.

On devrait ainsi aboutir à une organisation graduée et structurée par territoire autour d'un important pôle technique (pouvant rassembler plusieurs sites, éventuellement dans le cadre d'une coopération public/privé) et travaillant en réseau avec les établissements de santé communautaires de proximité axés, notamment, sur la médecine polyvalente pour ce qui est de l'activité de court séjour. Il paraît raisonnable de retenir (hors « disciplines de pointe ») un principe de regroupement (public ou privé, ou « mixte ») du plateau technique et de l'ensemble des disciplines médicochirurgicales spécialisées de court séjour à un niveau en principe départemental. Il s'agit ici de regrouper dans une logique d'efficacité des moyens aujourd'hui excessivement épars. Cette orientation doit être conjuguée avec la nécessité de maintenir une pluralité d'offres.


A un niveau infra-départemental on trouve des établissements publics, mais aussi de nombreux établissements privés à but non lucratif ou à but lucratif. Ce niveau intermédiaire est à préserver, lorsque dans un certain nombre de cas il permet de fixer sur le territoire une offre de médecine spécialisée accessible ou de déployer des activités de SSR, de séances, de psychiatrie... offre utile à la population.

De plus, même si le secteur privé et le secteur public sont fréquemment en concurrence sur les mêmes territoires, dans les grands centres urbains essentiellement, des coopérations existent, parfois depuis de nombreuses années, dans les villes de taille moyenne, permettant à la population d'accéder à l'ensemble des disciplines dans de bonnes conditions. Ces coopérations sont à préserver.

Les prises en charge les plus spécialisées nécessitant le recours aux disciplines de pointe et à des équipements lourds très spécialisés sont organisées à un niveau régional ou interrégional. Elles sont assurées par de grands centres hospitaliers régionaux, des Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et quelques établissements très spécialisés sur certaines activités, Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) ou cliniques privées. C'est à ce niveau que, dans le schéma proposé, sont positionnés les plateaux techniques les plus lourds et spécialisés (avec pour certains nécessité d'une planification nationale), ainsi que la prise en charge des urgences « de recours ». La question de la clarification pour ces établissements de leur rôle d'établissement de desserte de la population proche et de leur rôle d'établissements hautement spécialisés peut se poser.

La loi de 2016 a assigné un rôle particulier aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) dans la recomposition de l'offre hospitalière. Ces GHT connaissent des situations très contrastées selon les territoires, les historiques, les tailles respectives des établissements intégrés... Les avis sont plutôt divergents sur le bilan que l'on peut faire de cette nouvelle forme d'organisation et sur ses perspectives d'évolution. Les GHT ayant les projets les plus ambitieux sont en général ceux dont les établissements avaient déjà une histoire de coopération, via la création de Groupements de coopération sanitaire (GCS) ou de Communautés hospitalières de territoire (CHT). D'autres se contentent pour le moment du socle minimal d'obligations fixées par la réglementation (achats, système d'information...).

Les risques que les GHT font peser sur l'avenir de l'organisation hospitalière sont en tout cas bien identifiés : risque de gigantisme et de déséconomies d'échelle ; risque d'impuissance par absence de personnalité morale et en fin de compte degré d'intégration très insuffisant, notamment dans les territoires où les établissements n'arrivent pas à s'entendre sur un projet commun ; risque de recentrage sur soi avec pérennisation d'un hospitalocentrisme très critiqué, manque d'ouverture vers la ville, en contradiction avec la « médecine de parcours » que tous les acteurs appellent de leurs vœux.



Dans le schéma proposé par le HCAAM les GHT, même si bien sûr ils doivent y contribuer, n'ont pas vocation à organiser la réponse territoriale aux besoins de la population qui doit se penser d'abord à partir des bassins de vie couverts par les CPTS et les établissements de santé communautaire.

Cette position ne méconnaît pas le rôle que les établissements hospitaliers et leurs professionnels sont aujourd'hui conduits à jouer quotidiennement pour pallier l'insuffisante organisation de la proximité qui ne permet pas d'assurer la continuité des soins dans certains territoires.

Ces différentes considérations conduisent le HCAAM à préconiser qu'un bilan soit fait de la mise en œuvre des GHT et des résultats d'ores et déjà évaluables ainsi que des perspectives susceptibles d'en être attendues. Ce bilan devrait permettre de corriger les situations qui posent des problèmes et de proposer un positionnement clair de la démarche engagée dans sa dimension systématique.

Sans attendre cependant, une position claire doit être prise pour répondre à la critique de l'ouverture insuffisante des GHT vers la ville. La solution est-elle dans l'intégration des cliniques privées et des libéraux dans le GHT ? La réponse la plus appropriée pour faire droit à cette préoccupation se trouve dans le développement de conventions sur les sujets les plus importants : coordination de la sortie d'hospitalisation et du retour à domicile, organisation des urgences et des soins non programmés, système d'information partagé, formations...

1.5. Coordination, numérique et parcours de soins

Le modèle proposé par le HCAAM ne se résume pas à la définition d'une organisation en structures ou acteurs de « niveaux » différents, supposant une hiérarchie implicite entre ces niveaux mais il aboutit à la constitution d'un réseau au sein duquel chaque acteur joue son rôle en fonction de son positionnement dans le parcours du patient.


L'établissement doit se positionner en point d'appui et en coordination avec les acteurs de proximité et non se projeter en substitution.

Dans le système différencié proposé, les besoins de coordination seront essentiels, tant entre les différents offreurs de soins ou de services, qu'entre les différents niveaux de prise en charge. Les gains attendus de la coordination (en qualité, en efficience, etc.) reposeront sur une amélioration de la gestion des cas les plus complexes, mais aussi, et peut être surtout, sur celle de la masse des cas moins complexes. A ce titre, le Haut Conseil considère que la fonction de coordination est d'abord une mission à part entière des offreurs eux-mêmes.

Le Haut Conseil estime, toutefois, que de façon transitoire, et à terme pour certaines situations très spécifiques, il est légitime de conserver un certain nombre de dispositifs de coordination externes aux offreurs. Le Haut Conseil appelle donc à ce qu'un plan cohérent de rationalisation de cette offre de coordination soit résolument entrepris et que les différents niveaux d'organisation voient préciser leur champ dans la coordination (les équipes de soins primaires dans la coordination autour du patient en routine ; les CPTS pour la coordination de la réponse aux besoins de la population d'un territoire ; les Plateformes territoriales d'appui (PTA) pour répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux des patients très complexes).

La question du numérique appellerait d'importants développements. Dans son rapport de 2016 relatif à l'innovation dans le système de santé, le HCAAM soulignait la nécessité pour notre pays de prendre de façon résolue le tournant numérique dans le domaine de la santé. Il notait l'absence de stratégie et les insuffisances notoires du pilotage qui paralysaient l'action publique et ne permettaient pas aux acteurs de s'inscrire dans une dynamique porteuse. Il faisait de nombreuses propositions qui restent pour la plupart d'actualité.

Dans le cadre du présent avis, le HCAAM appelle à une intégration numérique effective. Le schéma prospectif proposé ne peut évidemment pas être mis en œuvre sans que soient mobilisés les outils numériques qui



permettent de rendre accessibles aussi bien aux usagers qu'aux professionnels les nouveaux services et les nouveaux outils qu'ils sont en droit d'attendre.

Une intégration de l'ensemble des acteurs du réseau de proximité comme des structures de recours ou de référence dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale.

Le développement d'outils numériques innovants doit faciliter l'orientation du patient, son accompagnement à long terme, ses contacts avec les professionnels de santé. Il doit également permettre de simplifier les conditions d'exercice des professionnels et de résoudre les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations.

La mobilisation de données de santé au service de l'action de transformation est cruciale. Les acteurs locaux doivent disposer des données relatives aux états de santé, aux recours ainsi qu'aux pratiques et résultats obtenus dans les territoires.

2. Le pilotage de la transformation

Le scénario proposé par le HCAAM constitue, à n'en pas douter, une véritable révolution. Une révolution dans la logique de fonctionnement du système, nécessaire pour répondre au mieux aux besoins de la population et à l'aspiration légitime à davantage de justice dans tous les territoires. Une révolution, qui prend cependant appui sur les acquis fondamentaux du système de santé français pour en tirer le meilleur parti et lui ouvrir des perspectives de progrès renouvelées.

Si l'ambition du projet peut être mobilisatrice pour les usagers aussi bien que pour les professionnels, il ne faut pas mésestimer les obstacles qui s'y opposent : contraintes de l'instant, résistance au changement, difficulté d'une transformation globale. Relever ce défi suppose une capacité de pilotage stratégique qui fait aujourd'hui défaut dans notre système.

La transformation proposée engage l'ensemble des acteurs du champ de la santé entendue au sens large et nécessite une synchronisation de l'action dans les différents secteurs et à différentes échelles.


Elle suppose ainsi une unité de vue des acteurs nationaux surmontant les cloisons institutionnelles qui peuvent paralyser l'action : acteurs de la santé mais aussi de l'enseignement supérieur et de la recherche, acteurs de l'Etat mais aussi de l'assurance maladie, représentations professionnelles dans leurs différentes dimensions, représentations institutionnelles des assurés, usagers et patients.

Cette unité de vue doit s'exprimer par des orientations gouvernementales claires qui fixent un cap et dessinent à un horizon de moyen terme un schéma prospectif partagé associant l'ensemble des parties prenantes du système.

La transformation proposée en clarifiant les responsabilités doit permettre une plus grande transparence dans les choix collectifs. La dimension démocratique du cadre de pilotage de la transformation et de la future organisation à mettre en place est un élément majeur.

2.1. S'appuyer sur un pilotage largement déconcentré au niveau régional

Le pilotage et le suivi général doit être confié à une gouvernance, associant au niveau national l'ensemble des parties prenantes de la transformation. Les orientations générales, les programmes de formation, les textes fixant les cadres des nouvelles organisations à mettre en place, ceux des exercices professionnels ou du financement du système relèvent bien sûr de la responsabilité nationale. C'est à ce niveau, national, que doit être portée la préoccupation d'égalité garantissant à chacun une même qualité de prise en charge sur le tout le territoire et la prise en compte de besoins différenciés. Cette exigence doit se concrétiser par un



rééquilibrage des moyens entre régions et le développement de marges de manœuvre régionales permettant une réduction des inégalités intra régionales.

Mais le pilotage concret d'une transformation destinée à s'adapter à la réalité diverse des territoires et à s'appuyer sur une dynamique d'acteurs de terrain, comme y invite le législateur, doit s'effectuer au niveau régional et être confiée aux ARS et à leurs délégations territoriales, en liaison avec l'assurance maladie.

A ce niveau, régional ou territorial, l'initiative devrait être encouragée permettant dans un cadre à définir des approches dérogatoires pour répondre à des situations spécifiques.

Dans cette démarche d'accompagnement du changement les ARS doivent pouvoir s'appuyer sur des moyens d'analyse, notamment territoriale et sur une ingénierie solide. Des outils d'analyse stratégique sont à développer au niveau national. On insistera sur les outils d'analyse territoriale prospectifs et dynamiques sur lesquels doivent pouvoir s'appuyer les ARS. Dans l'ingénierie d'accompagnement du changement figure également la capacité des ARS à accompagner les professionnels et structures de soins. Là aussi, il conviendrait de mettre à leur disposition un appui mobilisant des compétences qui leur manquent parfois dans les domaines de la gestion des ressources humaines et des différentes catégories d'établissements notamment. Il est important, enfin, que les porteurs de projet notamment de CPTS, bénéficient d'un accompagnement et d'interlocuteurs identifiés.

Les ARS doivent fédérer autour de cette démarche l'ensemble des acteurs du territoire au premier rang desquels les collectivités territoriales, régions, départements et intercommunalités.

2.2. Simplifier les méthodes de l'action publique et donner des marges aux acteurs

L'action publique dans le champ de la santé se caractérise par un foisonnement d'interventions et de normes qui ne cesse de s'amplifier et provoque un véritable collapsus du secteur. La multiplicité des donneurs d'ordre nationaux aboutit à une complexité que ne peuvent corriger les efforts de coordination heureusement entrepris. La difficulté à tracer une direction claire et à trancher certains choix conduit, de plus, à un processus d'expérimentation quasi-perpétuel qui ajoute à la complexité déjà grande du système et épuise les plus entreprenants.

Des simplifications radicales sont par conséquent à entreprendre pour redonner de la clarté à l'action publique et des latitudes aux acteurs du changement.

Le processus à mettre en œuvre ne réussira que si le pari est fait de la responsabilité et de l'engagement de chacun. Ceci nécessite de prendre très au sérieux la nécessité de donner aux acteurs aux différents niveaux du système la capacité de faire, d'observer les résultats des actions entreprises et d'en tirer collectivement les enseignements pour orienter les efforts. La responsabilité du niveau national est de fournir le cadre cohérent avec les orientations fixées et un outillage, fondé notamment sur la mobilisation des données observées, pour permettre aux acteurs d'agir effectivement.

2.3. S'attacher aux problématiques de la transition

Changer de système a de quoi effrayer et mérite que l'on s'attache avec la plus grande attention à la question de la transition.

En même temps, des signaux forts doivent être donnés aux acteurs et les priorités clairement affichées. Des étapes doivent être identifiées dans un calendrier crédible.

a) Quelles garanties peut-on donner aux usagers de trouver toujours la réponse à leurs besoins, au minimum aux standards actuels ?

Le renforcement et la structuration des acteurs de proximité est l'élément clé de réponse à cette question. C'est la raison qui conduit le HCAAM à faire du déploiement de CPTS dotées de moyens et d'une autorité suffisants sur l'ensemble du territoire une priorité. La généralisation de formes d'exercices regroupés qui suppose la mise en place rapide de cadres nouveaux et pérennes pour leur financement, sur la base de prototypes à définir à très courte échéance, est une autre priorité, de même que le déploiement de l'offre d'établissements de santé communautaire et la mise en œuvre rapide d'améliorations dans l'articulation entre sanitaire et médicosocial.

Le déploiement d'un système d'information permettant à l'ensemble des professionnels et structures de communiquer est également une priorité absolue.

Les budgets à dégager et les moyens à déployer ne sont pas négligeables. Il faut probablement consentir un effort financier transitoire. Un suivi précis de la montée en charge des services rendus par le réseau de proximité et de leur qualité doit corrélativement être mis en place.

Ce suivi devrait être confié aux autorités de pilotage, associant l'ensemble des acteurs et permettant d'apprécier non seulement le degré de déploiement des moyens mais aussi l'atteinte des résultats attendus.

b) Quelles capacités donne-t-on aux professionnels et aux structures de soins pour s'inscrire dans le schéma proposé et assumer les missions que l'on souhaite leur confier ?

On sait que le recours au système de santé est appelé à croître au cours des années prochaines, comme conséquence du vieillissement mais aussi et surtout de la poursuite du progrès scientifique et technique.


La problématique de réorientation des moyens au sein du système de santé, nécessaire pour mieux répondre aux besoins de la population, n'est par conséquent pas celle d'un secteur en déclin, au sein duquel l'emploi serait amené à diminuer. Bien au contraire ! Le secteur de la santé est un secteur appelé à employer des professionnels en nombre croissant et de mieux en mieux formés. Cependant comme tous les secteurs, le secteur de la santé sera amené à modifier l'orientation de ses activités et de ses structures pour s'adapter à l'évolution des besoins aussi bien que des sciences et des techniques.

Il s'agit de donner aux professionnels les moyens de trouver dans la transformation proposée des chances d'évolutions professionnelles enrichissantes et positives. C'est tout l'enjeu des assouplissements à apporter aux conditions de formation et de gestion des ressources humaines. Dans tous les cas des travaux doivent être engagés pour fournir un éclairage sur les trajectoires d'emplois prévisibles à moyen-long terme, tant au niveau national qu'au niveau régional.

2.4. Transformer les ARS en autorités de régulation

Les ARS ont un rôle central à jouer dans l'accompagnement de la transformation proposée, on ne reviendra pas sur ce point. Mais, à moyen terme, leurs missions devraient évoluer pour faire d'elles de véritables autorités régionales en charge de la régulation du système de santé sur le territoire.

Aujourd'hui, les ARS ont un rôle complexe et à certains égards ambigu. Elles sont chargées de la planification de l'offre dans le champ sanitaire, de la régulation de son fonctionnement et de nombreuses tâches de contrôle. Elles interviennent conjointement avec les conseils départementaux sur le secteur médicosocial. Elles exercent, par ailleurs, au nom de l'Etat une responsabilité particulière vis-à-vis des établissements publics de santé, leur gouvernance et les conditions de leur gestion.



Le HCAAM estime que la réflexion engagée sur la régulation du système de santé doit être poursuivie pour définir les conditions requises pour faire des ARS des autorités de régulation, chargées d'assurer que les services attendus du système de santé sont effectivement rendus sur l'ensemble du territoire et pour toute la population.

Une telle évolution est cohérente avec un schéma de régulation du système dirigé par la demande (et non l'offre comme c'est le plus souvent le cas aujourd'hui). Elle suppose une définition de services attendus au niveau national et une déclinaison régionale voire territoriale de ces services, définis sous l'autorité des ARS en concertation avec les différentes parties prenantes du système. Les ARS seraient alors en charge d'incarner cette demande et de vérifier les conditions de sa satisfaction. Incarner cette démarche peut se traduire par des formes diverses de contractualisation ou des appels d'offre. Il ne leur appartiendrait plus d'intervenir dans l'organisation-même de cette offre, sauf en cas de défaillance des acteurs.

Dans une telle démarche, les services attendus peuvent être appréciés en termes de moyens mis en œuvre, mais ils doivent surtout être évalués en termes de résultats atteints, en intégrant de façon majeure la dimension de la qualité. Cette approche doit être au centre du débat démocratique à faire vivre au niveau national et bien sûr régional dans les instances de la démocratie sanitaire. C'est un changement fondamental de métier pour les ARS qui suppose qu'elles soient dotées de compétences dont elles ne disposent pas aujourd'hui et allégées de nombreuses tâches qui alourdissent leur gestion actuelle.

Symétriquement, dans une telle démarche, les acteurs en charge de l'offre doivent être dotés d'une grande autonomie d'action allant de pair avec une responsabilité accrue. Cette dimension fait bien sûr partie de la réflexion à conduire.

2.5. Permettre l'accompagnement de la transformation dans le cadre de la régulation financière


Le secteur de la santé est un des secteurs d'avenir de l'économie française dont la dynamique n'a aucune raison d'être bridée, tant elle répond à une attente justifiée de la population, alimentée à la fois par le vieillissement et le développement des pathologies chroniques et par des progrès de la science qui ne se démentent pas.

Savoir si la croissance spontanée des dépenses du système de santé est susceptible d'être conforme à l'évolution moyenne du Produit intérieur brut (PIB) ou plus rapide est un débat ancien. A court terme ce débat renvoie aux gains d'efficacité qu'il est possible de réaliser dans le système et dont on sait qu'ils existent, mais aussi aux besoins non ou insuffisamment couverts. A plus long terme, la question posée est celle de la dynamique propre à un secteur qui est essentiellement un secteur de services (ce qui implique de faibles gains possibles de productivité) mais aussi le lieu d'innovations qui peuvent en modifier sensiblement le périmètre et les conditions de fonctionnement. En la matière on ne peut que constater la forte incertitude qui pèse sur les prévisions.

Il est en revanche, nécessaire de se prononcer dans l'immédiat sur les modalités de financement des dépenses de santé et d'établir un lien avec les conditions de régulation de l'offre. C'est un chantier que le HCAAM a ouvert il y a quelques mois et sur lequel il va poursuivre ses travaux dans le courant de l'année 2018.

Le schéma prospectif proposé intègre un souci de soutenabilité du système dans toutes ses dimensions en garantissant que chacun accède aux ressources adaptées à ses besoins.

S'agissant de l'allocation financière globale organisée dans le cadre de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), le HCAAM invite à poursuivre des réflexions en permettant le décloisonnement qui peut être envisagé selon deux axes : une augmentation des marges de manœuvre régionales au sein du Fonds d'intervention régional (FIR) ou des approches nationales décloisonnées pour certains champs (cancérologie, santé mentale ou encore insuffisance rénale chronique terminale par exemple).



Les évolutions des modalités de tarification doivent également s'envisager en cohérence avec les objectifs de réorganisation du système.

Le chantier « tarification » de la stratégie de transformation du système de santé, confié à Jean-Marc Aubert, doit produire des orientations en la matière.

Le HCAAM, au vu de ses travaux menés dans le cadre du rapport sur l'innovation et lors du séminaire sur la régulation du système, a toutefois dégagé des axes qui le conduisent à quelques propositions.

Il est proposé, pour résoudre les difficultés d'actualisation et les inconvénients du cloisonnement actuel, de créer une Agence des nomenclatures, pour les actes réalisés en ville comme à l'hôpital, qui aurait la charge d'un travail technique, à mener indépendamment des négociations tarifaires. Elle dégagerait les moyens nécessaires pour réaliser une veille sur les technologies et les pratiques, des études de coûts, maintenir les nomenclatures en inscrivant les nouveaux actes et en supprimant les actes obsolètes, assurer la cohérence des nomenclatures des différents acteurs exerçant en ville ou en établissement.

A l'heure où une nouvelle vague d'expérimentations organisationnelles est attendue, dans le cadre du dispositif mis en place par l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, les erreurs du passé ne doivent pas être reproduites. Ce dispositif devrait avoir pour but d'identifier et de financer des prototypes organisationnels compatibles avec l'organisation cible ; on peut en effet envisager plusieurs configurations d'organisation des soins en fonction des spécificités des territoires, sans doute 3 ou 4 configurations possibles (par exemple, une MSP associée à un hôpital de proximité couvrant un territoire rural ; une équipe de soins primaires organisée sur plusieurs sites dans les territoires plus denses, etc.). Une doctrine nationale devrait être élaborée dans cet esprit à destination des futurs porteurs de projets.

Il paraît enfin nécessaire de stabiliser les modalités de tarification des acteurs de soins primaires avec trois étages, organisés de manière pérenne :

- financement de la structure et des charges fixes (incluant le système d'information) ;
- rémunération des services rendus, pas forcément sous forme exclusive de paiement à l'acte ; par exemple, pour l'éducation thérapeutique du patient, un forfait par patient peut être proposé ;
- rémunération à la qualité en fonction d'indicateurs de résultats.

Ces éléments ne sont bien sûr pas exclusifs des évolutions plus larges à prévoir notamment dans le champ des tarifications hospitalières dans le cadre de la mission confiée à Jean-Marc Aubert.

2.6. Articuler la politique d'investissement avec la prospective organisationnelle

La politique d'investissement, en particulier l'investissement hospitalier, est un élément clef du schéma de transformation proposé par le Haut Conseil. L'investissement hospitalier constitue en effet un poste de dépense important. Les processus de pilotage des investissements doivent évoluer pour accompagner la transformation proposée et répondre aux défis de moyen terme : orientation en dehors de l'immobilier, vers des infrastructures structurantes (numérique notamment), aussi bien en établissement qu'en ambulatoire.

En effet, malgré l'avancée qu'a constituée la mise en place du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), le pilotage national des investissements rencontre des difficultés. Il ne dispose pas d'une prospective globale permettant de s'assurer de la pertinence des réductions capacitaires en médecine en l'absence de structuration des soins de ville par exemple (articulation besoins de santé, ressources humaines et investissement), ou de l'équilibre à 30 ans d'opérations supposant le maintien des tarifs de l'hospitalisation de jour. Cette situation est inévitable si l'on ne dispose pas du schéma prospectif que le Haut Conseil appelle de ses vœux.

Force est de constater, en outre, que l'investissement hospitalier, du moins pour les grands projets, est soumis à des cycles politiques qui font alterner des périodes de fort investissements, qui sont des fenêtres d'opportunité pour obtenir des financements, et les périodes d'étiage. Cela peut conduire à un sous-investissement courant dans l'attente du grand projet qui permettra de développer (voire de justifier) un nouvel équipement ambitieux. Les délais de réalisation des investissements sont, en outre, parfois excessivement longs.



Au niveau local, la régulation par les ARS est trop faible pour bien orienter les décisions. Les ARS ne disposent souvent pas des compétences internes pour analyser les enjeux posés par l'investissement hospitalier, ni en termes d'effectif mobilisé, ni en termes de niveau d'expertise. Elles ne disposent pas d'une vision complète des évolutions prévisibles de l'offre sur leur territoire et des investissements susceptibles d'intervenir à court ou moyen terme, notamment ceux planifiés par les établissements de santé privés, mais également par d'autres acteurs (EHPAD, MSP, regroupements de professionnels libéraux). Le risque est ici que les cycles d'investissements des différents acteurs ne soient pas articulés, conduisant à des sous investissements ou des surinvestissements collectifs sur un territoire donné.

En définitive, le risque est grand de proposer à la population des équipements ne correspondant pas à ses besoins tout en contribuant au creusement de déficits.

Le Haut Conseil estime nécessaire de mettre en place un pilotage stratégique doté de moyens suffisants pour être en capacité de rendre des arbitrages cohérents avec une stratégie de moyen/long terme.





*Rapport sur la Stratégie de transformation de notre
système de santé*



Ce rapport a été établi avec le concours de Roland Cash, médecin économiste de la santé, conseiller scientifique auprès du Haut Conseil.



Introduction

Le monde de la santé connaît aujourd’hui une crise majeure, crise d’un système touché dans toutes ses composantes : établissements de santé et professionnels de ville, structures publiques et privées, secteur sanitaire et médicosocial. Cette crise reflète celle du modèle qui, au cours des années 1960-1970, a révolutionné la médecine en France. Ce modèle, en effet, centré sur l’hôpital et la prise en charge d’épisodes de soins aigus, modèle dans lequel soins, prévention et médicosocial relèvent de sphères distinctes, ne parvient pas à se transformer pour répondre aux défis de la montée en charge des maladies chroniques et du vieillissement. La transformation à conduire est d’autant plus complexe qu’il lui faut englober, de façon cohérente et simultanée, une diversité d’acteurs cloisonnés qui obéissent à des logiques distinctes.

Les dynamiques territoriales mettent, en outre, le système sous tension et requièrent de lui des capacités d’adaptation antinomiques d’une approche traditionnellement hiérarchisée et d’une tendance lourde à la polarisation. Les inégalités perçues jusqu’alors dans leur dimension essentiellement sociale et dont la persistance choque dans un pays moins inégalitaire que d’autres, ces inégalités s’inscrivent désormais de façon criante dans des territoires aux situations extrêmement contrastées et aux évolutions divergentes. Il en résulte une crise territoriale qui ne peut être comprise qu’en appréhendant la santé dans son environnement en liaison avec les acteurs du territoire, pour proposer des réponses diversifiées et surtout évolutives.

L’insatisfaction croissante des usagers et la souffrance des professionnels renvoient, enfin, toutes deux à une perte de sens qui ne trouve pas de réponse dans un univers où dominent aujourd’hui des logiques techniques ou financières. L’approche scientifique se trouve paradoxalement mise en cause alors-même que ses résultats sont incontestables et ses réussites spectaculaires. Le terrain des valeurs est, dès lors, à réinvestir par l’ensemble des acteurs non pour donner un supplément d’âme à un projet technocratique mais pour refonder des principes partagés.


Partant d’un diagnostic commun de la gravité de la crise actuelle, le HCAAM s’est attaché à définir un projet susceptible de fédérer l’ensemble des acteurs. Au cœur de ce projet, l’objectif de développer les réponses appropriées aux besoins de santé contemporains. Au principe de l’action, une démarche donnant à tous, usagers comme professionnels, une responsabilité et les moyens d’agir pour construire ensemble le changement.





Première partie : le choix d'un scénario de rupture





Peut-on poursuivre une démarche d'adaptation progressive du système de santé à partir d'expérimentations ou d'ajustements locaux et en attendre une transformation structurelle de notre offre de santé ? Le HCAAM ne le pense pas. Pour réussir une telle transformation, il faut, en effet, un plan d'ensemble, si possible partagé, à partir duquel puissent s'opérer les modifications nécessaires à tous les niveaux.

Pour en dessiner les principales orientations, le HCAAM s'appuie sur son rapport, adopté en 2016, qui portait sur l'innovation dans le système de santé et en dressait une prospective notamment organisationnelle à l'horizon de quinze ans.

Plusieurs scénarios d'évolution sont possibles parmi lesquels le HCAAM réitère son choix, affirmé en 2016, en faveur d'un scénario qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés une réponse de qualité aux besoins de la proximité et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence. Un tel scénario, guidé par une logique de demande fondée sur les services à rendre à la population (et non une logique habituelle de gestion de l'offre), nécessite une action volontariste en rupture avec les tendances d'évolution spontanée du système. Il est le mieux à même de répondre à l'exigence de réduction des inégalités et de prise en compte de la diversité des territoires.

1. Les trois scénarios d'évolution possible

Dans une présentation schématique, il est possible d'envisager trois scénarios d'évolution du système de santé dont on décrit ci-dessous les caractéristiques à l'horizon d'une quinzaine d'années.

Un premier scénario, celui du « fil de l'eau », prolonge la situation actuelle que caractérise une forme d'inertie et de non choix. Le deuxième scénario, poursuivant la logique spontanée d'évolution du système, va au bout de « la concentration » des moyens spécialisés et techniques. Il nécessite alors d'organiser un certain nombre de solutions déportées pour répondre aux besoins de la proximité. Le dernier scénario, prenant acte de « la différenciation » du système, cherche à en faire un atout en distinguant d'une part, une ligne bien intégrée répondant en proximité aux besoins de la santé globale et d'autre part, les ressources de recours ou de référence structurées à des niveaux appropriés et bien articulées avec la première ligne.


1.1. Le scénario « au fil de l'eau »

Ce scénario se caractérise par l'incapacité à opérer des choix clairs.

Alors même que les effectifs de professionnels et particulièrement de médecins sont croissants (à un horizon de moyen terme⁹), ils ne parviennent pas à répondre à la pression démographique d'une population vieillissante du fait de la mauvaise organisation du système. La faible attractivité de l'exercice ambulatoire pousse les professionnels vers les centres hospitaliers les plus importants. La poursuite du mouvement de spécialisation et la préférence d'un certain nombre de professionnels, dans un contexte concurrentiel, pour des exercices particuliers génèrent des phénomènes de pénurie de l'offre susceptible de répondre aux besoins fondamentaux de la population.

Dans le champ ambulatoire, les regroupements se développent pour répondre aux contraintes économiques ou aux choix de vie des professionnels. Ils proposent des facilités attendues par les usagers en termes de prise de rendez-vous, d'automatisation du rendu des résultats d'examens... Mais, les formes d'organisation innovantes s'appuyant sur la pluri-professionnalité ou la pluridisciplinarité restent marginales, reflétant la faible articulation des compétences produites par le système de formation et l'absence de cadres satisfaisants pour de telles formes d'exercice. Leur efficacité est d'ailleurs limitée faute d'une articulation efficace avec des établissements de santé saturés.

⁹ Il faudrait d'ailleurs pouvoir raisonner plus en termes de temps médical effectif qu'en nombre de professionnels en activité.



Dans le champ médicosocial l'absence de choix déterminé en faveur du maintien à domicile fait perdurer une offre de services à domicile émiettée et sous dotée, mal articulée avec les services de santé ambulatoire.

Le besoin de lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) médicalisé est croissant pour prendre en charge des personnes âgées sans autre solution. Le manque d'organisation du niveau sanitaire de proximité empêche d'adresser des réponses pertinentes aux besoins de soins des personnes en établissement qui éviteraient le recours excessif et inapproprié à l'hospitalisation.

Le développement de la prévention de même que celui des prises en charge coordonnées au bénéfice des patients chroniques et des personnes âgées, la réponse aux demandes non programmées aussi bien que l'ambition du maintien à domicile butent sur la faible organisation de l'offre de proximité et sur la modestie de ses moyens.

Cette faiblesse alimente un recours toujours croissant aux établissements hospitaliers, en désorganisant le fonctionnement par la nécessité de répondre à de multiples besoins programmés ou non, courants aussi bien que très spécialisés. Si la bascule est achevée entre lits et places dans le domaine de la chirurgie avec la généralisation de la chirurgie ambulatoire (chaque fois qu'elle est possible) ainsi qu'un raccourcissement des durées de séjour en hospitalisation complète (permise par les techniques de récupération rapide), en revanche, le besoin de lits de médecine demeure fortement croissant pour prendre en charge des personnes âgées qui ne bénéficient pas de solutions de proximité appropriées (avec des effets délétères sur le maintien de l'autonomie de ces patients).

Les établissements sont amenés à compenser par leurs interventions la déprise de l'offre libérale sur le territoire, dans des conditions difficiles du fait de la tendance à la concentration des moyens spécialisés et de la difficulté de conversion de petites structures orientées vers la chirurgie.

La pression sur les établissements pèse aussi bien sur leurs conditions de fonctionnement que sur leurs financements, inadaptés à la patientèle accueillie.

Au total, ce scénario est un scénario du désajustement croissant du point de vue aussi bien des offreurs que des usagers et des financeurs. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, il suscite un malaise et des tensions toujours plus fortes. Le financement de professionnels de plus en plus nombreux et d'activités dont le volume explose est problématique. Il paraît impossible d'investir de nouveaux champs pourtant essentiels tels que la prévention ou la suppléance légère et des difficultés apparaissent pour garantir à tous l'accès aux traitements les plus coûteux.

Des réponses alternatives se développent de ce fait soit sur un mode marchand pour des catégories d'assurés disposant de ressources personnelles ou appartenant à de grandes entreprises, soit sur le mode de l'assistance pour des populations précaires.

Faute d'un cadre stratégique partagé, les financements de l'assurance de base et des assurances complémentaires entrent ainsi en concurrence pour l'utilisation d'un temps de professionnels de santé rare et le développement de services alternatifs. L'articulation est pour la même raison difficile, entre les financements de l'Etat et de l'assurance maladie et ceux de collectivités territoriales qui à un niveau urbain, intercommunal ou régional portent un intérêt croissant à la santé.

Les inégalités s'accroissent aussi bien dans leur dimension sociale que territoriale.

Dans ce scénario, le secteur de la santé va mal dans toutes ses composantes, la situation de crise des unes alimentant celle des autres dans une dynamique péjorative pour toutes. Faute d'un cadre cohérent et adapté, il est vain d'espérer que des ressources supplémentaires puissent être utilisées efficacement pour répondre à des difficultés de nature systémiques.

1.2. Le scénario de « la concentration menée à son terme »

La logique spontanée d'évolution du système pousse à un tel scénario dont la réalisation est actuellement freinée par la résistance des entités intervenant à la périphérie du système et par la volonté des pouvoirs publics et des collectivités territoriales de maintenir une offre de proximité et une certaine gradation des réponses proposées.

Cependant, sans remise en cause du modèle historique des années 1960-1970, la « rationalisation » du système peut difficilement échapper à l'hospitalocentrisme. Le centre hospitalier universitaire (CHU) demeure la matrice du système par l'exercice de sa triple fonction d'enseignement, de recherche et de soins. Par ailleurs, l'établissement de santé est le seul à disposer aujourd'hui des ressources en hommes et en ingénierie aussi bien que, dans une certaine mesure, des capacités d'investissement permettant de proposer des offres de service nouvelles (le développement de l'éducation thérapeutique à l'hôpital est à cet égard emblématique) et de jouer le rôle d'intégrateur pour des séquences impliquant plusieurs acteurs en établissement, en ville ou dans le secteur médicosocial.

Le pilotage des formations par le système hospitalo-universitaire, même si celui-ci connaît quelques aménagements, se traduit dans la spécialisation toujours plus fine des professionnels que consacre la filiarisation. La même logique étendue conduit à l'augmentation du nombre de professionnels paramédicaux spécialisés y compris dans le cadre des pratiques avancées. Les besoins de coordination qui en résultent conduisent à la constitution de regroupements spécialisés autour de techniques ou d'équipements.

Le défaut de polyvalence et d'expertise transversale rend difficile la réponse aux besoins des patients poly-pathologiques et particulièrement des patients âgés.

Dans ce scénario, le mouvement de restructuration engagé dans le champ de l'hospitalisation privée puis publique va à son terme avec la constitution de pôles regroupant les soins spécialisés et les équipements lourds, notamment dans le cadre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont les CHU organisent pour beaucoup la concentration. S'agissant de l'hôpital, le schéma historique qui vise à regrouper en une seule entité l'exhaustivité des spécialités n'est pas remis en cause, aboutissant à la constitution de pôles de grande taille voire gigantesques, même si des circuits propres aux différentes formes d'activités hospitalières avec ou sans hébergement sont distingués et si une certaine gradation est organisée.


Ces établissements attirent les professionnels qu'ils soient spécialistes ou généralistes, professions médicales ou paramédicales. L'offre de soins spécialisés de ville se polarise autour des établissements et se concentre avec eux dans des zones urbaines.

L'offre de soins primaires se trouve précarisée et déstabilisée dans sa capacité à répondre aux besoins de la proximité, faute d'expertise spécialisée facilement mobilisable et de lits de médecine ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) en proximité. Le secteur médicosocial demeure faiblement doté, faute de capacité à redéployer des moyens, ce qui alimente la file active d'établissements de santé qui continuent de mobiliser des lits de médecine pour accueillir les personnes âgées qui n'ont pu être prises en charge convenablement en proximité.

Pour faire face aux besoins de proximité, les établissements de santé déploient des activités « hors les murs » par la mise en place d'équipes mobiles, d'implantations secondaires, d'hospitalisation à domicile. La mobilité des malades est accrue chaque fois qu'ils peuvent se déplacer et les dispositifs de télésanté largement mobilisés.

Les GHT et les regroupements privés servent de cadre à une diversification de services, organisés à partir des établissements de santé et mobilisant largement les moyens de ces derniers en articulation, le cas échéant, avec des ressources libérales ou des centres de santé qui s'inscrivent dans le cadre proposé.

Ce scénario est un scénario dans lequel il est pris acte de l'incapacité à sortir du modèle historique issu de la réforme « Debré ». On y parie sur une transformation endogène au modèle. Cependant, le maintien de normes assez homogènes et d'une conception très hiérarchisée, inhérente à ce modèle, entrave la capacité du système à se diversifier fortement. Il entraîne des coûts importants et répond avec difficulté aux nouveaux



besoins liés à la transition démographique et épidémiologique. La conjugaison des financements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires peine à couvrir les dépenses du système, d'autant plus que le renforcement de la dimension technique des soins ouvre la voie à un développement important d'activités hors système, répondant à une demande croissante dans le champ du bien-être. La polarisation de l'offre autour des établissements accentue les tensions dans les territoires. La primauté donnée dans ce scénario aux prises en charge lourdes et spécialisées conduit à des difficultés pour maintenir un accès universel et solidaire pour tous à l'ensemble des soins et accentue les inégalités.

1.3. Le scénario de « la différenciation »

Au fur et à mesure de son développement, le système de santé se différencie sous l'effet des évolutions scientifiques et techniques ainsi que de la transformation des besoins de santé auxquels il peut répondre.

Dans ce troisième scénario, cette différenciation est systématiquement exploitée dans toutes ses dimensions pour évoluer vers un modèle nouveau.

Une diversité de nouvelles organisations se constitue aussi bien en hospitalisation qu'en ambulatoire. Les modèles d'intégration historiques sont, en effet, remis en cause en tirant parti des possibilités ouvertes par les évolutions de la science, des techniques pour répondre de la façon la mieux adaptée et la plus efficiente aux problèmes à traiter.

Les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Ils sont ouverts sur un extérieur structuré qui n'est plus conçu comme un « amont » ou un « aval » de séquences hospitalières. C'est, en effet, essentiellement hors de ces séquences que s'observent et doivent se traiter les pathologies chroniques et celles du vieillissement.

Les moyens les plus spécialisés et les plateaux techniques lourds sont regroupés à un niveau pertinent, dans le cas général, le département, ou la région voire l'inter-région pour certaines activités de pointe, cependant qu'une offre diversifiée de services de médecine et de SSR à orientation gériatrique est diffusée sur le territoire à un niveau de proximité.

Dans la plupart des cas, les activités avec hébergement sont distinguées des activités sans nuitées qui n'appellent pas les mêmes organisations et ne mobilisent pas les mêmes compétences. La limitation de la taille des établissements est rendue possible par l'abandon de l'exigence d'exhaustivité de la représentation de toutes les spécialités en un seul lieu.


Des activités se développent en proximité, dans des centres hospitaliers de type communautaire, dans des structures intermédiaires, voire en cabinet ou à domicile : certaines activités interventionnelles ou certaines séances par exemple.

L'externalisation ou la mutualisation de diverses fonctions (logistique, achats, systèmes d'information (SI), voire plateaux techniques) se systématise, créant de nouvelles entités qui fonctionnent comme prestataires d'une pluralité d'offreurs.

Les soins ambulatoires sont assurés de façon systématique par des équipes regroupées (physiquement ou virtuellement) dans le cadre de structures libérales ou de centres de santé pluri-professionnels ou pluridisciplinaires, dans le champ des soins primaires aussi bien que des soins spécialisés de second recours.

La priorité donnée au maintien à domicile des personnes âgées permet de limiter le développement du nombre d'EHPAD (recentrés sur la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs lourds) au bénéfice de services à domicile renforcés et bien articulés avec les acteurs sanitaires.

Dans ce scénario, on tire un parti maximum de la diversité des compétences : expertises des médecins généralistes et spécialistes, rôle propre des paramédicaux et compétences en pratiques avancées, rôle des pharmaciens... Leur mobilisation cordonnée donne la capacité de produire de nouveaux services et de retrouver des souplesses d'adaptation en jouant sur des complémentarités et des mutualisations intelligentes. Cette diversification s'accompagne pour les professionnels de nouvelles possibilités de combinaisons d'activités à



un moment donné ou d'évolutions au long de la vie. Cet aspect est fondamental pour décroiser notre système actuel.

En s'appuyant sur la mobilisation de compétences et de structures diverses et bien dotées en proximité, le système permet de déployer des services articulant quand c'est nécessaire des prises en charge sanitaires, médicosociales et sociales. Il admet une variabilité de solutions selon l'offre disponible et l'état de santé ou le contexte social propre à chaque territoire.

Dans le même temps, l'offre spécialisée de recours et de référence est recomposée de façon à satisfaire aux exigences de sécurité, d'efficacité et de qualité. Les services assurés en proximité permettent à cette offre de se recentrer sur ses missions et de prendre en charge sans tensions excessives les besoins qui requièrent une mobilisation de moyens lourds ou très spécialisés.

En utilisant à bon escient les ressources disponibles, ce scénario permet de tenir la double gageure de déployer une réponse globale aux besoins de proximité de la population et de concentrer aux niveaux appropriés les moyens nécessaires aux prises en charge lourdes et spécialisées. Il permet de satisfaire à l'exigence de réduction des inégalités grâce à l'approche globale qu'il promet au niveau de proximité.

Dans ce scénario, on admet et on organise différentes sphères d'activités ou d'intervention répondant à des besoins différents, obéissant à des logiques fonctionnelles distinctes et appelant des principes de régulation sans doute différenciés. La bonne articulation entre ces sphères favorisée par l'adoption de principes communs et la circulation des professionnels permet aux usagers de trouver à tout moment une réponse appropriée aux problèmes rencontrés. Ce scénario, qui rompt avec le modèle historique centré sur les CHU, suppose une action volontariste pour être mis en œuvre. Il n'exclut pas, bien au contraire, une diversité de configurations territoriales qui peuvent dans certains cas s'appuyer principalement sur une offre hospitalière ou, inversement, sur une offre ambulatoire. Il offre un cadre clair permettant aux différentes collectivités territoriales, aux diverses communautés professionnelles (entreprises, branches, interprofessions) et aux différents financeurs de situer leur action dans une complémentarité intelligente, en fonction des logiques de solidarité qui leurs sont propres.

2. Le choix du HCAAM : une politique volontariste de rupture avec le modèle historique

Le scénario proposé par le HCAAM dont l'économie générale est ici décrite, s'appuie sur des principes et des valeurs associés à l'égal droit de tous à la santé. Il s'appuie sur une démarche qui part des services à rendre à la population.

2.1. Des principes et des valeurs partagés

Le HCAAM a, au cours de ses différents travaux, affirmé des principes et des valeurs qui doivent guider la réflexion sur l'organisation de l'offre¹⁰.

Ainsi, l'organisation proposée par le Haut Conseil vise à concrétiser dans le contexte d'aujourd'hui le principe constitutionnel d'égal accès aux soins pour tous et du droit à la protection de la santé résumé dans la formule du préambule de la constitution de 1946 « *La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* »¹¹. Le système de santé doit offrir ces garanties à tous, c'est-à-dire quelles que soient les caractéristiques des personnes, leur âge, leur niveau de revenu ou d'éducation, leur lieu de résidence sur le territoire.

a) Principe d'accessibilité, de qualité et de sécurité

Ce principe engage à rechercher une disponibilité adaptée des services à rendre sur l'ensemble du territoire, en évitant des délais d'attente excessifs et en organisant un recours adéquat pour les malades, en particulier les personnes âgées ainsi que les personnes handicapées et toutes les populations fragiles. Il implique également l'accessibilité financière.

Les services visés doivent couvrir l'ensemble des besoins préventifs, curatifs et médicosociaux nécessaires à la santé, sous les trois exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité. Poursuivre cette ambition suppose que le système de santé réintègre l'ensemble de ces dimensions historiquement exclues de son champ et s'articule avec une diversité d'acteurs relevant d'autres politiques (environnement, travail, éducation, logement notamment).

b) Principe de gradation et de juste orientation


Le HCAAM a souvent rappelé le principe de participation et de liberté de choix des patients dans leur recours à des services adaptés à leur situation.

Dans un cadre où les ressources de l'assurance maladie sont limitées, l'obligation de ne pas négliger la prise en charge de certains exige de travailler à la mobilisation optimale des ressources, humaines, techniques et financières du système de santé lui-même. Dans cette démarche, il est nécessaire de réaffirmer le principe de gradation des soins.

Ce principe, qui structure le modèle proposé par le Haut Conseil, ne se résume pas à la définition d'une organisation en structures ou acteurs de « niveaux » différents, supposant une hiérarchie implicite entre ces niveaux. Au contraire, il doit ici être compris comme un principe général d'organisation permettant l'adéquation de la réponse sanitaire au besoin des patients et des usagers. Ce principe renvoie en réalité non pas à

¹⁰ Notamment dans son avis « *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM* », adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012, et sa note « *Les principes de solidarité de l'assurance maladie* », adoptée à l'unanimité lors de sa séance du 24 janvier 2013.

¹¹ 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946



un classement, mais à des objectifs de pertinence, de qualité et de sécurité des prises en charge. La gradation des soins est l'organisation de processus de prise en charge répondant à ces objectifs : la délivrance à chacun, au bon moment, du « juste soin », de la « juste réponse » à son besoin.

c) Principe de continuité

Il est également nécessaire de réaffirmer que l'organisation du système de santé doit permettre la continuité des soins et des prises en charge. C'est un enjeu particulièrement sensible pour les patients chroniques et les personnes âgées et la structuration proposée par la HCAAM doit favoriser cette continuité par-delà les nouveaux découpages proposés distinguant prises en charge de proximité et de recours ou de référence. Cette continuité suppose des formes diverses de coordination ou d'intégration d'acteurs sur lesquelles on reviendra. Elle peut être facilitée par un continuum d'acteurs dans les différents niveaux ou découpages (exercices mixtes ou multi sites à développer).

2.2. Une nouvelle approche : partir des services à rendre à la population

La réflexion sur l'offre de soins que propose le Haut Conseil se fonde sur l'idée que, du point de vue de l'usager, du citoyen, la question essentielle est celle de l'accès réel, effectif, à des services de santé proposant les conditions de qualité et de sécurité optimales. Dans cette perspective, savoir quelle structure rend le service est un enjeu important pour les offreurs de soins, mais qui reste secondaire, et doit être piloté par des considérations techniques, juridiques, organisationnelles et économiques. Ces considérations devraient être transparentes pour le patient : l'enjeu est que le service auquel il a effectivement accès soit le bon, c'est-à-dire que la structure qui le rend soit qualifiée pour le faire dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité et au moindre coût pour la collectivité.

Ainsi, il s'agit non pas d'organiser la présence, ou le maintien, d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des habitants alentours, mais d'organiser l'accès des habitants d'un territoire aux services pertinents.

Ainsi, comment fait-on pour que chaque habitant :

- ait un médecin traitant ?
- ait accès à une consultation dans les délais appropriés suivant l'apparition d'un problème et à l'expertise spécialisée, le cas échéant, nécessaire ?
- bénéficie des actions de prévention adaptées à sa situation ?
- accède, en cas de pathologie chronique, à une équipe qui le suive et l'oriente ?
- puisse effectivement bénéficier, s'il en a besoin, d'un service d'éducation thérapeutique, d'une prise en charge en urgence quel que soit le niveau de cette urgence dans des délais pertinents ?
- ait accès si nécessaire aux technologies les plus rares et les plus coûteuses ?
- puisse vivre ses derniers jours chez lui, si tel est son vœu ?

Là se situe l'enjeu des modèles d'organisation de demain, plus que dans le maintien d'un accès souvent non pertinent à telle ou telle structure incarnant une offre du passé. Relever le défi est possible si l'on veut bien considérer qu'existent dans le système des dynamiques d'innovation technologiques aussi bien qu'organisationnelles trop souvent entravées alors-même qu'elles constituent le ferment à partir duquel construire les réponses appropriées aux attentes de la population.

2.3. Un scénario de rupture possible en tirant parti de la différenciation du système

Le Haut Conseil propose un modèle d'organisation qui différencie clairement les services qui doivent être rendus en proximité, partout, pour tous, et les services qui peuvent, et parfois doivent, compte tenu de leur très haut niveau de spécialisation, de leurs coûts ou de contraintes techniques, être concentrés pour garantir leur qualité et leur pérennité.

La proposition du HCAAM consiste en une transformation cohérente des rôles et formes d'organisation des établissements, de la ville et du médicosocial.

Cette transformation repose, d'une part, sur l'institution d'une organisation territorialisée des services de proximité et, d'autre part, sur le recentrage des établissements de santé de recours ou de référence sur leur expertise. Le nombre de niveaux de recours dépend certainement des différents champs ou spécialités/pathologies considérées.


Dans ce modèle, la structuration hospitalo-centrée et, plus précisément, CHU centrée du système est abandonnée au profit d'une approche territorialisée à partir des bassins de vie de la population à laquelle correspond la mise en place d'un réseau territorial de proximité destiné à répondre aux besoins de la santé globale. L'offre de recours ou de référence, regroupant des compétences et des plateaux techniques spécialisés, doit obéir non à une logique de maillage territorial qui appartient au passé, mais aux exigences de qualité et de sécurité d'équipes fortement structurées et mises en capacité d'utiliser de façon optimale les ressources humaines et techniques dont elles disposent. Cette concentration nécessaire des moyens techniques lourds ne doit pas être vue comme un abandon supplémentaire des zones situées hors des grandes villes, mais au contraire comme la seule manière d'y garantir l'accès rapide aux moyens de la médecine spécialisée, dans le cadre d'un réseau efficace. L'accès à ces équipes ou à ces équipements peut être assuré de multiples façons (d'ores et déjà les patients se déplacent volontiers pour y accéder en fonction de critères de qualité et des formules où des moyens sont projetés à l'extérieur ou mobilisés via la télésanté se développent). La préoccupation de répondre aux besoins de toute la population doit dans tous les cas conduire à assurer un principe d'accessibilité dans tous les points du territoire, et notamment ceux éloignés des métropoles. La bonne articulation avec la ligne de proximité est un élément essentiel pour garantir cet accès.

a) L'organisation du réseau territorial de proximité

Pour répondre aux besoins de la population d'un bassin de vie, le réseau territorial de proximité comprend des soins ambulatoires et des soins avec hospitalisation.

Il est responsable de garantir à tous l'accès aux prises en charge courantes ainsi qu'à la prévention et à la promotion de la santé. Il organise la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées, notamment quand elles présentent un certain niveau de dépendance, ainsi que l'orientation et le suivi des patients chroniques, en particulier dans des phases stabilisées. Il assure le premier niveau de réponse dans le domaine de la santé mentale. Il est responsable de l'organisation de la réponse sanitaire pour la partie des soins non programmés qui peut et doit être disponible en proximité. Il organise la permanence des soins. Il organise le décloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Il intègre des offres au-delà de celles que l'on assimile aujourd'hui au premier recours ou aux soins primaires : des structures pluri professionnelles de soins primaires (maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), Centres de santé, équipes de soins primaires (ESP)) ; des structures libérales spécialisées assurant une partie de leur activité en réponse aux besoins de proximité ; des structures d'exercice regroupé (cabinets libéraux de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeute) ; des plateaux d'imagerie et de biologie, des médecins libéraux généralistes, autres spécialistes de premier recours, ou de deuxième recours dont l'expertise est mobilisée à ce niveau du système ; des infirmiers ; des professionnels de la rééducation ; des podologues ; des pharmaciens ; des sages-femmes ; des chirurgiens-dentistes ; des acteurs de la prévention et notamment les services de la protection maternelle et infantile (PMI), de la santé scolaire et de la santé au travail ; des centres ou services de prise en charge de la santé mentale en proximité ; des services centrés sur les prises



en charge à domicile (services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile) ; des établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD.

A ces professionnels et structures doivent s'ajouter des établissements, que le HCAAM propose de dénommer établissements de santé communautaire, sans lesquels la prise en charge de proximité ne peut être effective. Il s'agit d'établissements de santé intervenant en proximité et d'établissements de soins de suite et de réadaptation, recentrés sur des activités de médecine polyvalente, en particulier en gériatrie. Ils doivent disposer d'un volant de lits permettant, d'une part, de limiter le recours non pertinent à des hospitalisations dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds, d'autre part, d'organiser les sorties d'hospitalisation dans le centre de recours, et enfin de faciliter la permanence et la continuité des soins.

Ces établissements assurent une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville, bien intégrée dans son environnement, principalement axée sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique notamment (court séjour, SSR, unités de soins de longue durée (USLD), EHPAD, équipes mobiles...). Ils ont vocation à développer diverses activités en fonction des spécificités territoriales : activités de prévention (addictologie, obésité, ...), consultations avancées, etc. Leur orientation médicale n'interdit pas qu'y soient positionnées certaines activités interventionnelles de jour.

Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont parties prenantes de ces nouvelles organisations et ont vocation à voir leurs activités se développer en substitution à l'hospitalisation avec hébergement en établissement, dont la pertinence est interrogée de façon plus systématique (séances de chimiothérapie, transfusion...). Ce développement doit se traduire par la diversification des profils des populations accueillies et une bonne coopération avec les acteurs, tant en établissement qu'en ambulatoire.

A ce niveau doivent être implantés des plateaux techniques de proximité en imagerie et biologie courante.

Les établissements psychiatriques ont également vocation pour une part de leur activité à contribuer à ce niveau de prise en charge.

Ce niveau de proximité organise une intégration transversale « non optionnelle » permettant de prendre en charge l'état de santé de la population (au sens global de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)) sur les territoires et qui doit devenir le nouveau modèle d'organisation.

A ce niveau, les acteurs, quels que soient leurs statuts, sont individuellement et collectivement garants de l'accès pour tous aux services considérés comme nécessaires en proximité. La tâche leur appartient notamment de faire en sorte que chaque résident sur le territoire français ait un médecin traitant ou celle de garantir l'orientation pertinente des patients.

C'est ainsi à cette ligne que devrait incomber la mission sociale historiquement dévolue à l'hôpital. Il s'agit ici d'un tournant décisif. Il suppose un engagement individuel et collectif des acteurs concernés vis-à-vis de toute personne du territoire concerné, quelle que soit sa situation sociale, son origine, son niveau de ressources ou ses fragilités, handicap ou dépendance. Mais il implique en contrepartie la disposition des moyens permettant de tenir l'engagement souhaité. Les facilités pour l'ouverture des droits sociaux à ceux qui en disposent et les moyens d'action sociale permettant d'accompagner les personnes connaissant des difficultés particulières (isolement familial et social, absence de logement stable, etc.) devraient en conséquence être positionnés à ce niveau.

Un investissement doit être consenti et des moyens publics nouveaux orientés pour permettre la constitution de ce réseau structuré seul à même de délivrer de façon pertinente et efficiente les services de proximité nécessaires à la population. C'est une priorité pour le HCAAM.



b) L'organisation des services et activités de recours et de référence

L'institution et l'organisation de ce réseau facilitera et allégera les tâches des établissements et structures de recours et de référence, leur permettant de retrouver une meilleure capacité de faire face à leurs missions. Ces établissements et structures relèvent de logiques d'organisation différentes. Ils n'ont pas vocation à organiser des prises en charge quotidiennes et les services rendus sont des services de recours ou de référence, spécialisés.

A ce niveau, des réorganisations sont nécessaires et d'ailleurs déjà engagées, mais à un degré insuffisant, pour permettre la concentration des techniques et des pratiques les plus spécialisées autour de plateaux médicotechniques à la pointe des connaissances et des savoir-faire, qui requièrent des moyens lourds et un recrutement d'équipes suffisamment étoffées et aux compétences diversifiées (médicales, paramédicales, mais aussi ingénieurs et techniciens...).

La différenciation entre activités sans hébergement ou avec nuitées, de même que la poursuite du raccourcissement des durées de séjour en établissement appelle à reconsidérer les modes de fonctionnement actuels en distinguant davantage les files de patients voire les structures correspondant à ces différentes activités. Toutes les conséquences doivent être tirées de l'évolution de l'activité des établissements et structures spécialisés, notamment le raccourcissement des durées de séjour, avec les problèmes spécifiques que cela pose.

Comme l'ensemble du système de santé, les structures et établissements spécialisés sont confrontées au développement des poly-pathologies et du vieillissement des patientèles accueillies, ce qui doit conduire à quitter un modèle d'organisation trop souvent conçu comme un empilement de spécialités pour développer davantage de transversalité et de polyvalence. La nécessité du regroupement de toutes les spécialités en un seul lieu hospitalier ne s'impose pas, notamment pour des spécialités qui ne requièrent pas la proximité permanente d'un plateau technique, leurs formes de regroupement étant d'ailleurs appelées à évoluer (quitte les traditionnelles distinctions d'organes). Les disciplines de médecine interne, médecine polyvalente post-urgences et gériatrie devraient, pour répondre aux besoins, prendre une place croissante.

La réalisation d'un certain nombre d'activités peut d'ailleurs être envisagée hors des établissements traditionnels dans des centres autonomes plus légers, dans des conditions de sécurité et de qualité garanties.

Les établissements et structures spécialisés se positionnent ainsi en appui de la ligne de proximité sans s'y substituer comme aujourd'hui. Ils évoluent vers un modèle de plates-formes très bien articulées avec le premier niveau de prise en charge, ce qui suppose une ouverture permettant d'assurer la continuité en amont aussi bien qu'en aval des interventions : organisation de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation pour optimiser le temps de séjour et éviter toute rupture de prise en charge, organisation des arrivées non programmées en liaison avec la ligne de proximité.

Elles contribuent aussi par leur expertise à la structuration des prises en charge dans le domaine de leur compétence, dans des logiques de programmes ou de filières.

A ce niveau de prise en charge une logique de gradation s'impose aussi, variable selon les domaines, en fonction des besoins d'accessibilité et de la fréquence des recours, ce qui conduit à distinguer une ligne réunissant spécialités, équipes et équipements d'un usage courant, et une ligne, plus concentrée, concernant des services très spécialisés, d'un recours moins fréquent mais nécessitant des équipements et des compétences rares, des moyens consacrés à la recherche de pointe.

Ces deux lignes peuvent inclure des acteurs de statut public ou privés, elles sont déterminées en fonction des services attendus, elles admettent des niveaux intermédiaires selon les domaines d'activité ou les localisations géographiques.

c) Quelques précisions sur l'articulation des différents types de services

Le modèle proposé par le Haut Conseil n'est pas un modèle organisant une hiérarchie des soins, des professionnels de santé ou des structures de production. Le service de proximité n'a ainsi pas vocation à servir de filtre restrictif mais à permettre la bonne orientation dans un parcours nécessitant à un moment donné des services spécialisés. Il a vocation à organiser des processus de soins ou des phases de prises en charge. Ces processus doivent, lorsqu'ils impliquent un recours à des services de type hospitaliers, ou qu'ils ont une influence déterminante sur d'autres producteurs de soins, être co-organisés. Dans cette démarche, les spécialistes des établissements sont, de par leur expertise, des acteurs incontournables qui doivent s'impliquer.

Dans le même ordre d'idée, il ne s'agit pas d'imposer au patient des étapes obligatoires et systématiques le conduisant de façon linéaire de son médecin traitant au pôle d'expertise : dans certains cas, il est évidemment nécessaire de recourir directement et rapidement à un service très spécialisé. Mais ce recours doit être organisé : le professionnel de santé par lequel le patient entre dans la prise en charge doit pouvoir orienter correctement le patient, le médecin traitant doit être impliqué pour préparer ce qui se passera pendant et après la prise en charge spécialisée et les services nécessaires au moment de la sortie doivent être disponibles, qu'il s'agisse de l'organisation du retour à domicile, de l'éducation thérapeutique, des services infirmiers ou médicosociaux.

d) Des évolutions cohérentes dans le domaine de la formation et des ressources humaines

Aucune réforme significative du système de santé ne peut se concevoir qui se limiterait à son organisation ou à son financement. Ce serait mésestimer le fait que les professionnels traduisent dans leurs activités des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être, des représentations et des schémas qu'ils ont intégrés au cours de leurs études. Ces savoirs et représentations jouent un rôle déterminant dans l'orientation du système et dans ses capacités d'innovation. Organisation et financement sont en réalité des éléments seconds.

C'est ainsi que la grande réforme qui, à la fin des années 1950, a posé les fondations de notre système de santé actuel a d'abord été une réforme des études médicales et du statut d'exercice des médecins, avec la création du temps plein hospitalier.

La transformation proposée par le HCAAM concerne une diversité de professions qui font aujourd'hui la richesse du système. Elle suppose une évolution de leurs formations et de leurs cadres d'exercice qui s'inscrive dans une approche cohérente au service d'un projet commun.

L'Université est désormais la garante de cette cohérence qui doit intégrer notamment :

- L'expression de valeurs communes adaptées à notre temps.
- La dimension pluri-professionnelle.
- L'élargissement des lieux de formation pratiques pour tous, au-delà des CHU, aux différents établissements de santé publics et privés ainsi qu'auprès de professionnels exerçant en ambulatoire dans le réseau territorial de proximité.
- Une préparation à la diversité des rôles et missions attendus.

La transformation proposée par le HCAAM doit s'accompagner d'une évolution des cadres d'exercice et de possibilités d'évolution au cours de la vie, répondant aux aspirations légitimes des professionnels et aux besoins d'adaptation du système en prévoyant notamment :

- Un rapprochement des statuts libéraux et salariés (au niveau de la protection sociale notamment) et dans les deux cas une attention particulière portée aux débuts de carrière.
- Des possibilités d'exercices mixtes en particulier au niveau du réseau de proximité.
- Une facilitation des évolutions professionnelles au cours de la vie.



3. Un choix qui appelle une démarche de rupture fondée sur un schéma prospectif

Ce choix rend nécessaire une démarche très différente de l'approche incrémentale aujourd'hui privilégiée. Il s'agit d'identifier de façon suffisamment précise un schéma organisationnel que l'on souhaite faire émerger à l'horizon d'une quinzaine d'années et d'identifier dès à présent les choix clés du changement que l'on doit mettre en œuvre immédiatement.

C'est ainsi que les ordonnances Debré ont posé dès le début des années 1960 les bases du système que nous connaissons aujourd'hui. Cependant il a fallu attendre les textes des années 1970 (loi hospitalière, convention médicale nationale, organisation du secteur pharmaceutique, lois sur le champ médicosocial) pour en couronner la mise en œuvre effective.

Une durée d'une quinzaine d'années peut paraître excessivement longue, c'est pourtant l'échelle de temps de formation d'une génération de médecins, de réalisation d'investissements lourds ou encore de changements progressifs d'habitudes et de pratiques facilités par le renouvellement des générations de professionnels.

3.1. Dans un secteur très fortement réglementé et encadré par les pouvoirs publics un schéma prospectif est une pièce indispensable de la régulation

L'absence de schéma prospectif est aujourd'hui un point aveugle de la régulation du secteur de la santé.

Il est pourtant nécessaire pour s'assurer de l'adéquation des structures de financement et de tarification de court terme avec la structure de production souhaitée à long terme. Il manque pour éclairer la politique d'investissement de même que les orientations à donner à l'appareil de formation. Ce manque est particulièrement dommageable dans un contexte de forte innovation scientifique et technique et alors que l'on sait des changements structurels nécessaires pour répondre à de nouveaux besoins.

De tels schémas existent dans la plupart des grands services en réseau faisant l'objet de fortes régulations publiques. Ils permettent de développer une double approche normative et positive. Une approche normative qui permet de définir les choix optimaux pour la société en tenant compte du double horizon de court et de long terme. Une approche positive qui s'attache à organiser le secteur concerné pour que les différents acteurs puissent prendre les décisions les plus efficaces.


3.2. Les acteurs doivent disposer de perspectives claires pour positionner leurs projets, développer des jeux coopératifs ou offrir des alternatives positives

La cible de la politique de santé nationale est apparemment assez claire au regard des récentes évolutions législatives et des discours des responsables politiques ces dernières années :

- recentrage des établissements de santé sur leurs missions techniques, d'urgence et d'expertise ; « virage ambulatoire » ;
- structuration de la ville en faveur d'un exercice collectif coordonné, permettant de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé, de réduire le taux d'hospitalisations potentiellement évitables pour les malades atteints de pathologie chronique, de garantir l'accès aux soins et la continuité des soins ;
- renforcement de la prévention ;
- lutte contre le gaspillage et la non pertinence des soins.

Mais cette politique n'est en pratique pas dénuée d'ambiguïtés.

Le recentrage de l'hôpital est affiché de même que la recherche d'une efficacité croissante du fonctionnement des établissements. Pourtant, l'hôpital reste conçu comme le bras armé de la politique de santé. Il



continue d'être positionné à tous les niveaux de recours, portant aussi bien le développement des activités de pointe que la réponse ultime aux dysfonctionnements des prises en charge sociales et médicosociales.

L'émergence des notions de soins primaires ou de promotion de la santé témoigne de la recherche de solutions plus décentralisées. Cependant, la structuration des acteurs de première ligne, qui va bien au-delà des soins primaires, reste encore excessivement embryonnaire et leur rôle mal défini. Les moyens qui leur sont dévolus dans le champ sanitaire, aussi bien que médicosocial ou social sont fragiles et notoirement insuffisants au regard de besoins à couvrir au demeurant croissants.

La polysémie du terme « virage ambulatoire », entendu par certains comme le développement d'hospitalisations sans nuitées, par d'autres comme le développement des prises en charge en ville ou par d'autres, encore, comme une façon de réduire les dépenses de l'assurance maladie, est un symptôme de ces ambiguïtés.

Enfin, le Yalta historique qui sépare soins, prévention et médicosocial continue de dresser des cloisons qui empêchent de construire des réponses appropriées aux besoins des populations fragiles, âgées ou atteintes de pathologies chroniques et aussi d'optimiser l'utilisation des moyens mis en œuvre.

Ces ambiguïtés ont conduit à une succession de réformes inachevées : la consécration au début des années 2000 des notions de prévention et de promotion de la santé, mais dans un cadre dérogatoire et aux financements précaires ; la mise en place du médecin traitant en 2004, mais l'absence de clarté sur son rôle et sur son positionnement ; la reconnaissance ancienne du rôle propre des professions paramédicales et bientôt des pratiques avancées, potentiel à ce jour très notoirement sous-utilisé ; la création des Maisons de Santé Pluri-professionnelles, sans précision claire sur leurs perspectives finales de développement ; la recherche d'une gradation des prises en charge hospitalières mais le développement croissant des urgences et des séjours non programmés ; la mise en avant de la responsabilité populationnelle et territoriale des offreurs dont les implications demeurent floues ; la médicalisation des EHPAD et un certain développement des services à domicile, insuffisants cependant pour répondre de façon satisfaisante aux besoins des personnes âgées.

On ne part pas ainsi de rien, loin de là ! Mais l'enjeu est aujourd'hui de clarifier les objectifs poursuivis et les choix qu'ils supposent, le cas échéant alternatifs, d'identifier les conditions précises de leur mise en œuvre et les difficultés à surmonter, voire, dans un certain nombre de cas, les dilemmes à résoudre.

Un certain nombre de choix doivent être tranchés au premier rang desquels le degré de structuration et les moyens d'une offre de première ligne, d'une part, la place des établissements de santé dans le système, l'orientation de leurs activités ainsi que leur mode de fonctionnement, d'autre part. C'est d'une certaine façon choisir entre les scénarios polaires décrits dans la première partie de ce rapport, choix nécessaire pour sortir des contradictions dans lesquelles se trouve aujourd'hui enfermée la régulation publique.

La méthode est ici déterminante et malheureusement trop souvent négligée. En effet, transformer un secteur de la dimension du secteur de la santé doté d'un cadre de régulation largement administrée, impose de donner à voir un projet collectif intelligible et mobilisateur pour l'ensemble des acteurs et respectant des contraintes de cohérence à différentes échelles. Les évolutions à favoriser mettent en cause, en effet, des niveaux très différents que, par commodité, on qualifiera d'élémentaire, micro, méso et enfin macroscopique.



Différents niveaux d'organisation de l'offre			
	Politique	Dispensation des services de santé	Couverture (population)
Macro	Responsabilité ministérielle et interministérielle vis-à-vis de la santé de la population	<ul style="list-style-type: none"> -Droits fondamentaux et services minimums attendus -Principes généraux d'organisation (schéma prospectif) -Cadrage financier global et tarification nationale -Etalement scientifique des processus de soins (référentiels) 	France entière
Méso	<p>Responsabilité des Agences régionales de santé (ARS) et de leurs antennes territoriales</p> <p>Responsabilité des GHT, pôles d'établissements et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Distinction de différents niveaux de services attendus adaptés aux problématiques territoriales et vérification de leur effectivité -Identification de différentes lignes de prise en charge selon un principe de graduation ou de bonne adéquation aux besoins -Coordination d'ensembles d'offres pertinentes et complètes de première ligne en proximité, de recours et de référence -Articulation entre la proximité, le niveau de recours ou de référence -Mutualisations de fonctions, de moyens, organisation de l'évaluation des pratiques et de la qualité, de la participation à la formation et du développement continu 	<p>Bassins de vie / départements / régions ou inter-régions</p> <p>Approche populationnelle</p>
Micro	Responsabilité de professionnels regroupés ou d'établissements	<ul style="list-style-type: none"> -Développement d'unités de soins et de prévention et de prise en charge médicosociale en proximité : <ul style="list-style-type: none"> -Constitution d'équipes pluri-professionnelles de soins primaires autour d'un projet de santé -Constitution d'équipes de soins spécialisés -Nouveaux formats de services à domicile et d'EHPAD -Nouvelles organisations en prévention -Evolution de l'offre en établissement ou structure spécialisée 	Pour les ESP 5000 à 10 000 personnes, dans une approche patients et patientèle
Elémentaire	Responsabilité de chaque professionnel dans les fonctions qui lui sont dévolues : médecin traitant, correspondant, rôle professionnel propre, pratiques avancées, etc.	<ul style="list-style-type: none"> -Interaction avec le patient/une patientèle/la population -Engagements individuels -Formation et développement professionnel continu (DPC) -Evaluation de sa pratique 	Un usager et son entourage, une patientèle

3.3. Le schéma prospectif doit prendre la forme d'un processus adaptatif, fondé sur une boucle qu'alimentent les initiatives des acteurs et l'intégration de leur expérience

Promouvoir un schéma prospectif ce n'est pas ressusciter une planification impérative dont l'expérience a montré les inconvénients.

Il est vain cependant de penser renverser la logique de fonctionnement historique du système de santé et engager un mouvement cohérent de l'ensemble de ses composantes sans direction d'ensemble, à partir de la capitalisation d'une multitude d'expérimentations de terrain. L'histoire des expériences conduites au cours des vingt dernières années depuis la promotion des filières et des réseaux initiée au début des années 1990, avec quelques succès indéniables qu'il a cependant été impossible de transformer, est là pour montrer les limites de ce type d'approche.

Il est tout aussi illusoire de croire à l'efficacité d'un modèle de transformation linéaire dirigé d'en haut, fut-il fondé sur un appel à des initiatives de base, encadrées cependant par des cahiers des charges excessivement précis et contraignants, exigeant généralement des nouvelles formes d'organisation le respect de normes et l'atteinte de résultats que l'on n'attend d'aucun des acteurs existants. La précarité des financements, de même que la lourdeur administrative, pesant sur les porteurs de projets sont également sources de difficulté dans ce type de démarche.

Les processus de changement qui fonctionnent supposent l'existence de réseaux d'acteurs au sein desquels les idées et les expériences, assises sur les pratiques, circulent et peuvent être diffusées et débattues, tout en mobilisant des ressources académiques ou scientifiques et des systèmes de formation. Ces processus s'appuient sur une démarche itérative mobilisant l'expertise des acteurs de terrain et les impliquant effectivement. Ils partent du constat que, pour réussir, les évolutions doivent émerger autant de la base que des institutions et des administrations.

Le tableau suivant décrit les fonctionnalités principales des dispositifs répondant à ce type de modèle dans lequel l'existence d'une boucle de retour d'expérience fonctionnant de façon organisée et continue est essentielle.


Fonctionnalités d'un processus adaptatif et apprenant		Boucle de rétroaction	Conditions de réalisation
Accès en temps réel à la connaissance	-Données scientifiques -Référentiels nationaux et dans la communauté professionnelle/territoriale -Répertoire opérationnel des ressources -Consensus organisationnel	1-Partage de l'information 2-Evaluation et validation	1-Equipes et communautés professionnelles dotées de temps et de moyens 2-représentation/association d'utilisateurs dotés de ressources pour agir
Remontée de données à partir des pratiques des professionnels	-données sur les pratiques -données sur les résultats	3-Formation initiale et continue	3- Systèmes d'information communicants et de partage des données
Inclusion de l'expérience des patients	-expression des attentes -résultats et qualité de service - degré de satisfaction		4-Moyens d'analyse et de formation
Diffusion et transparence	-identification des résultats atteints -identification des pratiques moyennes, des dispersions -identification des bons processus		5-Promoteurs pionniers ayant constitué des modèles de référence et pouvant jouer le rôle de tiers de confiance





Deuxième partie : le schéma prospectif proposé et ses conséquences pour les différents acteurs et les différents segments de l'offre





Le schéma prospectif proposé par le HCAAM a des conséquences pour tous les acteurs et tous les segments de l'offre de santé ainsi que sur toutes les dimensions de son fonctionnement.

Il impose d'opérer des choix cohérents et simultanés à différents niveaux pour que la transformation souhaitée soit effective et permette de gagner de nouvelles marges de manœuvre et d'utiliser pleinement les richesses et les potentialités que recèle le système.

Il suppose de donner aux patients aussi bien qu'aux professionnels une autonomie et des capacités leur permettant d'être concrètement les acteurs du changement. Le processus doit s'inscrire dans une démarche démocratique associant l'ensemble de ses parties prenantes et notamment les partenaires sociaux aussi bien que les élus des collectivités territoriales.

1. Donner aux usagers la capacité de contribuer activement à leur prise en charge

Les usagers et leur entourage supportent et compensent une grande partie des faiblesses d'organisation du système de santé. Ils sont en première ligne, et peu armés, lorsque confrontés à des pathologies chroniques ou plurielles, ils se trouvent trop souvent devoir coordonner eux-mêmes des intervenants multiples, s'orienter avec peine dans un univers complexe, trouver le bon professionnel ou le bon service et opérer des choix, tout en gérant les complexités administratives ou encore les conséquences de leur pathologie sur leur vie professionnelle ou personnelle. Le vieillissement et le développement des pathologies chroniques aggravent ces difficultés et font peser sur les patients concernés et sur leur entourage des charges de plus en plus lourdes.

Le Haut Conseil considère que, dans un système où le patient a une grande liberté de choix, l'inclusion réelle des usagers et des patients aux processus de prévention, de soins et de suppléance est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes, mais également une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours, des performances et de la qualité de notre système de santé. Le Haut Conseil estime donc que la politique menée en la matière doit être réellement ambitieuse.

1.1. Garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles

La mise en place d'un Service Public d'information en santé¹² (SPIS) en 2016 s'est traduite par la création d'un site, Santé.fr. Il s'apparente à un portail qui renvoie vers des informations produites et abritées par des partenaires¹³.


Le HCAAM partage les objectifs affichés par le SPIS : fournir des informations de haute qualité, fondées sur des preuves, équilibrées, claires, accessibles, indépendantes, utiles et co-construites avec les utilisateurs, ainsi que des outils pratiques, site internet, mais également applications mobiles. Le Haut Conseil appelle toutefois à prendre trois mesures indispensables pour la concrétisation de cette ambition.

La première porte sur les moyens humains et financiers consacrés à ce service. Aujourd'hui il mobilise quatre équivalents temps plein et dix millions d'euros de budget d'intervention sur trois ans. L'organisation retenue est celle non pas d'un service pérenne, mais d'un projet¹⁴. Certes, le système repose sur la mobilisation des

¹² Article 88 de la loi de modernisation de notre système de santé, adoptée le 26 janvier 2016 : « Un service public, placé sous la responsabilité du ministère chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées. Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé. ».

¹³ CNAMTS, HAS, INCA, CNSA, Inserm, ABM, ARS, opérateurs publics.

¹⁴ A titre de comparaison, l'Allemagne dispose de deux sites principaux qui mobilisent respectivement 14 et 22 personnes ; la Suède environ 45 personnes.



ressources des partenaires. Il est toutefois illusoire de penser que le SPIS pourra fonctionner avec succès durablement sans moyens à la hauteur des enjeux. Le Haut Conseil recommande donc que soit établie une trajectoire de développement des moyens du Service public d'information en santé cohérente avec les ambitions affichées.

La seconde a trait aux modes de coopération entre les producteurs publics d'information. Aucune mesure réglementaire n'a été prise pour organiser cette coopération, qui repose uniquement sur la bonne volonté des différents acteurs. Or, chacun d'entre eux a ses propres objectifs et la mise en place d'une stratégie nationale d'information, avec ses outils propres, vient concurrencer les outils des partenaires. Le Haut Conseil recommande que des mesures réglementaires soient prises pour conforter l'autorité en matière de communication du SPIS sur les services développés par les différents organismes publics.

La troisième résulte des deux premières : si l'on entend fournir aux usagers un service d'information de qualité, il est indispensable que ce service soit visible et connu. Le Haut Conseil déplore que deux ans après le vote de la loi, ce service soit encore confidentiel. Pour qu'il devienne le service de référence, un investissement important doit être prévu par les pouvoirs publics pour le faire connaître.

Par ailleurs, le Haut Conseil attire l'attention sur les modalités de mise en œuvre de la politique d'information du public.

Il convient, en premier lieu, de rappeler un principe simple et pourtant trop souvent oublié dans les actions d'informations menées par les pouvoirs publics : l'information doit être accessible, lisible et compréhensible par ses destinataires. Il est vain de s'adresser à un patient comme on s'adresserait à un médecin. A cet égard, inspirons nous d'initiatives menées à l'étranger qui montrent qu'il est possible d'adapter les informations aux destinataires, comme les « pathways » du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) britannique.


Le Haut Conseil souhaite, en second lieu, insister sur le principe d'égalité d'accès à ces informations. L'utilisation d'internet ou de moyens modernes de communication ne doit pas conduire à laisser sans réponse la partie de la population qui n'a pas un accès réel aux services numériques. Des propositions adaptées devraient être conçues pour, et avec, les populations ayant des besoins d'informations spécifiques (personnes en situation d'handicap, vulnérables, étrangères, de grand âge, etc.).

1.2. Mettre en place des outils d'information du patient sur son processus de prise en charge

Le Haut Conseil considère qu'il est essentiel que les patients soient pleinement informés sur les conditions de leur prise en charge personnelle et en particulier, s'agissant des patients chroniques et des personnes âgées, sur son déroulé, les choix à faire, les interventions, examens ou suivis à mettre en place. La réforme de la procédure d'affections longue durée (ALD) a laissé ouverte la question des modalités d'information des patients atteints d'ALD¹⁵ et, plus généralement, de l'ensemble des patients. Si l'information du patient se fait d'abord par le dialogue avec les professionnels de santé, rien, ou peu de choses existent pour aider ces derniers à exercer cette mission, qui n'est par ailleurs pas évaluée et ne se traduit pas pour le patient, sauf exception, par une forme ou une autre de formalisation¹⁶.

¹⁵ De façon heureuse, le dispositif des ALD a été simplifié et le protocole délivré antérieurement à l'assuré supprimé, mettant fin à une certaine confusion qui existait entre l'identification des actes et produits ayant vocation à être pris en charge à 100% et la séquence des soins ou examens qui devaient être réalisés.

¹⁶ La HAS a élaboré avant la réforme des ALD un certain nombre de protocoles décrivant les processus de prise en charge de pathologies chroniques relevant du dispositif des ALD. Ceux-ci ont cependant semble-t-il été peu utilisés et leur production a été interrompue. Un modèle de plan personnalisé de santé (PPS), a été élaboré à la demande du ministère des affaires sociales et de la santé, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA). Ce plan concerne une catégorie très spécifique et donc limitée de patients. En tout état de cause, ces différents documents s'adressent aux professionnels et leur formulation les rend inaccessibles aux patients. Pour certaines pathologies mais en nombre limité des documents d'information sont adressés aux patients par l'assurance maladie.



Investir dans cette question doit être une priorité des pouvoirs publics. Le Haut Conseil réaffirme que les modalités et la formalisation de l'information du patient par les professionnels de santé sur ce qu'il est en droit d'attendre de son processus de prise en charge doivent faire l'objet d'une réflexion et de propositions opérationnelles et mobilisant le potentiel des technologies actuelles de la part du Ministère de la santé.

Par ailleurs, l'information du patient sur sa prise en charge doit inclure les éléments relatifs à ses droits sociaux. Dans un souci de cohérence, le SPIS doit s'articuler avec les initiatives menées par les pouvoirs publics pour faciliter cet accès et, notamment, avec les outils numériques développés dans le cadre du portail « Mes droits sociaux ».

1.3. Mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les choix qui les concernent

Le patient doit pouvoir participer aux démarches diagnostiques et thérapeutiques qui le concernent. Cette implication est gage de satisfaction et surtout d'adhésion au parcours thérapeutique choisi.

Pour cela des modèles existent de « décision partagée en soins de santé » fondés, d'une part, sur la prise en compte des attentes, des valeurs et des attitudes du patient et, d'autre part, des capacités réelles des équipes thérapeutiques à les réaliser sur un fondement scientifique. Ces modèles, peu développés en France, s'appuient sur la formation des professionnels ainsi que sur des outils d'aide à la décision utilisés avant, pendant et après la consultation comme ceux répertoriés par le site Choosing Wisely. Des outils de cette nature seraient à prévoir dans la ligne éditoriale du SPIS. Quant à la formation des professionnels, la généralisation d'enseignements sur la décision partagée et la communication auprès des patients est indispensable. Dans cette perspective, l'intégration de patients formateurs dans les cursus universitaires se développe. La formalisation de leur rôle et la sécurisation de leurs missions seraient souhaitables.


Il est, par ailleurs, nécessaire de renforcer la « littératie¹⁷ » en santé des citoyens, c'est-à-dire la compréhension des enjeux individuels et collectifs inhérents la santé. Dans cette perspective, les travaux du SPIS devraient inclure une démarche d'amélioration de la capacité critique des citoyens sur les questions de santé, notamment les questions sensibles investies par des acteurs orientés par des logiques marchandes ou bien sectaires, ainsi que les sujets faisant l'objet de débat (choix thérapeutiques, dépistage organisé, médecines alternatives, coût des traitements, effets indésirables, prévention, vaccins, etc.). Il s'agit de permettre aux citoyens de faire des choix pertinents, dans leur intérêt propre mais aussi dans l'intérêt général.

1.4. Favoriser une bonne orientation des usagers

Le Haut Conseil constate que l'orientation des patients vers le bon professionnel est souvent déficiente. Le schéma prospectif proposé apporte une première réponse en organisant une structuration de l'offre où, quel que soit le point d'entrée de l'utilisateur, le professionnel ou la structure sollicitée est dans l'obligation et en situation d'orienter correctement le patient. Mais cet objectif ne sera pas rempli si, d'une part, le niveau de confiance entre patients et équipes soignantes n'est pas suffisant ou si, d'autre part, le patient n'a pas accès à des services organisant facilement le recours.

Le HCAAM souhaite que les usagers aient un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres existantes adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent. Cela doit être l'une des missions du SPIS en articulation avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Agences régionales de santé (ARS). Le HCAAM rappelle à cet égard que des services performants existent mais que les usagers n'y ont pas recours, car ils ne les connaissent pas ou n'en connaissent pas la finalité. Un réel effort d'information doit être entrepris pour favoriser un bon usage des ressources.

¹⁷ On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.



Le Haut Conseil considère, par ailleurs, qu'une plus grande transparence sur les compétences et les engagements de service des différents professionnels et structures serait à même de faciliter l'orientation des patients et de les rassurer, favorisant des comportements responsables de leur part et des recours adéquats. Le processus engagé en vue de leur certification va dans ce sens.

Le HCAAM souhaite également que le droit à un second avis soit organisé pour tous les cas où les enjeux de santé le justifient, afin d'en garantir l'effectivité tout en limitant les recours non pertinents.

Enfin, une réflexion doit être engagée sur les initiatives commerciales qui deviennent structurantes pour l'accès des patients aux professionnels, par exemple les systèmes d'avis ou de prise de rendez-vous en ligne. Peut-on les laisser prospérer sans chercher à les orienter pour que la pertinence soit mieux prise en compte ? Doit-on intervenir ? L'intégration d'information sur la pathologie et la prise en charge issues de Santé.fr sur ces plateformes serait-elle utile ?

2. Définir des valeurs fédératrices et une approche cohérente des rôles et missions des professionnels quel que soit leur cadre d'exercice

2.1. Définir des valeurs professionnelles adaptées au 21ème siècle

Le domaine de la santé est caractérisé par l'existence de professions¹⁸ et des mécanismes de régulation propres qui lui sont associés. Les valeurs que traduit la déontologie y jouent un rôle essentiel.

Ces valeurs reposent ainsi sur l'histoire des professions et les grands textes qui l'ont jalonnée. Pour la médecine, le serment d'Hippocrate ou encore la charte de la médecine libérale de 1927, intégrés dans le code de déontologie médicale façonnent en droit¹⁹ et dans les faits l'exercice des praticiens.

Le Haut Conseil considère qu'il est important de reconsidérer explicitement ce système de valeurs et de principes (notamment ceux issus de la charte de 1927) pour l'adapter tant aux évolutions déjà constatées dans les pratiques qu'aux attentes des patients et usagers et des professionnels eux-mêmes.

Le Haut Conseil considère que cette exigence concerne l'ensemble des professions de santé qui doivent pouvoir se référer à un socle de valeurs communes cohérentes avec les enjeux de notre temps ainsi qu'avec l'organisation proposée dans le présent rapport.

Ainsi, le concept de « *Five stars doctor* » développé dans les années 1990 par le Dr. Charles Boelen pour l'OMS propose des valeurs adaptées au rôle d'un professionnel dispensateur de soins, mais aussi décideur, animateur et gestionnaire pour répondre aux besoins de la communauté.

Diverses sociétés savantes proposent de fonder les valeurs professionnelles sur la primauté des intérêts du patient, la compétence et l'honnêteté, le conseil à la société pour la santé, le bien être du patient, l'autonomie du patient, la justice sociale²⁰.


La charte du professionnalisme médical²¹ propose quant à elle des principes fondamentaux (primauté du bien-être du patient, autonomie du patient, justice sociale) et un ensemble de qualités et responsabilités professionnelles (compétence, honnêteté, confidentialité, amélioration de la qualité des soins, amélioration

¹⁸ Entendues comme des groupes dotés d'un monopole qui leur est accordé par la société et qui s'exprime dans la loi.

¹⁹ L'article L 162-2 du code de la sécurité sociale dispose par exemple que : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.* »

²⁰ « *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter.* » Ann Intern Med. 2002 Feb 5;136(3):243-6.

²¹ Actualisation principes d'Hippocrate par un groupe de médecins européens et nord-américains dans un texte intitulé «Charte du professionnalisme ». ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, et al. Medical professionalism in the new millennium : A physician charter. Ann Intern Med 2002;136:243-6.



de l'accès aux soins, juste répartition des ressources limitées, maintien de la confiance par la gestion des conflits d'intérêts, connaissance scientifique et responsabilités vis-à-vis des autres professionnels, notamment dans la coopération, l'enseignement, l'évaluation).

Ces exemples montrent comment les valeurs professionnelles peuvent évoluer pour nourrir et permettre la transformation de l'offre de soins, en s'articulant autour de notions telles que : « l'égalité et la justice sociale ; le travail collectif, la coopération et la collaboration entre professionnels ; la primauté et le respect du patient (bien être, autonomie) ; la compétence et la médecine fondée sur des preuves et enfin la gestion raisonnée des ressources limitées du système de santé ».

Dans cette optique, le Serment d'Hippocrate peut être relu avec beaucoup d'intérêt. Qu'y manque-t-il ? Pas grand-chose au fond. Trois ou quatre prolongements peut-être : l'inter-professionnalité, l'approche de santé publique, la préoccupation du juste soin²².

Le Haut Conseil, qui ne peut prétendre définir lui-même ces valeurs, appelle les différentes professions, les patients et les pouvoirs publics à s'engager dans ce travail et à en tirer, le moment venu, les conséquences législatives, réglementaires, organisationnelles ainsi que dans le contenu des formations initiales et continues.

2.2. Articuler le rôle et les conditions d'exercice des professionnels de santé avec l'organisation recherchée

L'absence de schéma prospectif clair s'accompagne aujourd'hui d'un certain flou dans la définition des rôles et des missions des différentes catégories de professionnels de santé. Ce flou alimente la méconnaissance de ce que chacun peut attendre de l'autre, mais aussi la défiance vis-à-vis d'empiètements possibles. Un travail doit être conduit permettant de clarifier le positionnement de chacun et de favoriser des jeux coopératifs qui produiront une montée en compétence collective au service de la population.

Le schéma proposé par le HCAAM soulève la question de la logique de spécialisation toujours plus fine aujourd'hui produite par notre système de formation. La spécialisation est bien sûr rendue nécessaire par l'évolution des savoirs et des techniques, mais elle paraît excessive au regard des besoins à couvrir et soulève des problèmes de coordination que l'on pressent à terme insolubles. Comment assurer certaines gardes dès aujourd'hui dans des disciplines où les professionnels sont hyperspécialisés ? La filiarisation qui accentue encore la rigidité de ces spécialisations au détriment de toute approche globale et de possibilités de réorientations ultérieures est extrêmement préoccupante. Le HCAAM souhaite qu'une réflexion soit ouverte permettant de réorienter les formations pour intégrer le besoin de médecine générale et polyvalente et favoriser la capacité des professionnels de changer d'orientation au cours de leur vie. Cette même préoccupation s'applique à la définition des formations et compétences des professionnels paramédicaux de pratique avancée.


Dans le cadre du schéma proposé les missions des différentes catégories de professionnels sont amenées à évoluer leur permettant de jouer pleinement leur rôle dans leur champ de compétence respectif.

Le vieillissement de la population nécessitera, notamment, le développement de prises en charge en soins infirmiers et mobilisant, beaucoup plus qu'aujourd'hui, des aides-soignantes, en particulier en ambulatoire.

Pour que les acteurs ambulatoires puissent prendre en charge ce nouveau rôle d'organisation du réseau de proximité et de relations entre les acteurs, il faut que chaque profession puisse se recentrer sur son cœur de métier, pour pouvoir apporter son expertise propre. Plusieurs points sont particulièrement déterminants :

- Le rôle propre des infirmiers : par leur compétence propre, et le développement de celle-ci vers les pratiques avancées, cette profession sera amenée à jouer un rôle central dans la transformation proposée. Dans le cadre du premier recours, de la collaboration avec le médecin traitant dans la prise en charge de patients chroniques, de leur rôle en santé publique, les infirmières vont voir leurs missions

²² Il s'agit ici de garantir à tous l'utilisation optimale des ressources mobilisées pour chaque prise en charge.



évoluer ce qui va nécessiter d'envisager autrement les soins d'hygiène qu'elles devront organiser, mais beaucoup moins faire elles-mêmes ;

- Le rôle des médecins généralistes doit être recentré sur l'expertise médicale, en créant des postes d'assistant en cabinet, pour que cette expertise puisse se développer, non seulement à travers les services classiques diagnostiques et thérapeutiques au patient et à la patientèle du médecin traitant, mais désormais aussi à travers le développement des services à rendre à la population dans chaque territoire et leur contribution à l'organisation de la relation entre ville et hôpital, entre soins primaires et secondaires, pour l'articulation médicosociale, les soins de santé populationnels...
- Le rôle des autres médecins spécialistes doit intégrer une dimension populationnelle et territoriale. Ils doivent au-delà de leurs missions d'expertise et de prise en charge spécialisées des patients, contribuer dans leur champ de compétence à la définition des conditions de mise en œuvre des référentiels de prise en charge et d'organisation des relations entre ville et hôpital ainsi qu'avec les autres professionnels. Pour un certain nombre d'entre eux ils ont un rôle à jouer dans la facilitation de l'accès des patients aux plateaux techniques et aux expertises les plus spécialisées de leur champ.
- Le rôle des pharmaciens doit de plus en plus intégrer un rôle de conseil associé à la dispensation. Ils ont, en particulier, un rôle à jouer dans la conciliation médicamenteuse dans le cadre de coopérations entre pharmacies de ville, des établissements de santé ou des établissements médicosociaux. Ils sont un des piliers essentiels de la prise en charge en soins primaires avec les médecins généralistes et les infirmières.
- La place des aides-soignants est aujourd'hui limitée dans le champ ambulatoire. Elle est appelée à se développer dans le schéma proposé, dans des cadres à définir.

En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Ces organisations doivent à une échéance rapide pouvoir s'inscrire dans des cadres juridiques et financiers de droit commun. Dans cette logique, le Haut Conseil recommande que soient étudiés les modèles organisationnels possibles et souhaitables au regard des objectifs de service proposés par le présent schéma prospectif. Cette étude doit se traduire par la mise au point d'un certain nombre de prototypes pour lesquels le type de ressources à mobiliser soit identifié et des modèles de financement pérennes définis, permettant d'en assurer l'efficacité mais aussi l'attractivité.

La mise en place de structures regroupant des professionnels de différentes professions et de différentes disciplines permettra de favoriser des formes beaucoup plus abouties de coopération qu'aujourd'hui. Elle permet d'envisager de façon beaucoup plus ouverte les possibilités de délégations de tâches. Le HCAAM rappelle sa position exprimée en 2014 dans son avis sur les coopérations en faveur d'une abrogation de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) à remplacer par une disposition permettant la délégation de tâche sous la responsabilité de la structure considérée (établissement ou structure d'exercice regroupé) toutes les fois où il y a disponibilité permanente d'un médecin.

Quels que soient les lieux d'exercice le HCAAM considère qu'un des objectifs des organisations à mettre en place ou à faire évoluer doit être de réduire le temps passé à des tâches administratives qui est appelé à se développer mais doit être externalisé et mutualisé pour une part, libérant du temps de soins. De nouveaux métiers sont appelés à jouer un rôle croissant dans le secteur de la santé : assistants en cabinet de médecine générale, assistants administratifs, ingénieurs, gestionnaires de données, prestataires de services...

La notion d'équipe est centrale dans le fonctionnement de la future offre en ambulatoire comme dans les établissements. C'est à son niveau que doivent être dégagées les marges d'action permettant aux professionnels de s'inscrire dans des projets, de s'approprier les référentiels de prise en charge, d'observer et d'évaluer leur pratique et ses résultats.



S'agissant du réseau de proximité, la réussite ou l'échec de la réforme de rupture proposée dépendra :

- De la mobilisation des acteurs ambulatoires qu'il faudra encourager par le principe d'un triple engagement, national, en équipe et territorial, dont les interactions seront déterminantes pour cette mobilisation ;
- De la mobilisation par les pouvoirs publics d'un investissement net sur l'organisation de la proximité ambulatoire, sans lequel il est illusoire de pouvoir améliorer les conditions de fonctionnement et de travail des acteurs hospitaliers dont les personnels payent au prix lourd la déstructuration de l'utilisation de leurs structures.

On revient ci-dessous sur ces deux points.

3. Faire évoluer l'offre ambulatoire

Cette évolution doit s'exprimer au niveau individuel, d'équipe et de territoire.

3.1. Formaliser l'engagement individuel des professionnels pour un exercice rénové

Aujourd'hui, les professionnels de santé relèvent de cadres juridiques définissant leurs missions et responsabilités. Ces cadres qui résultent des textes ne sont pas toujours cohérents et présentent une faiblesse majeure : l'effectivité des missions décrites n'est pas assurée, d'une part, parce qu'en tout état de cause les professionnels ne disposent pas des moyens et des organisations leur permettant de les mettre en œuvre concrètement, d'autre part parce qu'elles correspondent à des engagements généraux, peu contrôlables, et que dans les faits, les professionnels ne se sentent pas tous engagés par ces textes.

Or, le bon fonctionnement du réseau de proximité, aussi bien que des niveaux de recours et de référence d'ailleurs, repose sur l'engagement des professionnels à rendre effectivement un certain nombre de services, considérés comme essentiels, à leurs patients ainsi qu'à la population du territoire.


Ainsi, il est évident que si l'ambition commune est que chaque personne dispose sur un territoire donné de services précis (un médecin traitant ou une permanence des soins par exemple, une prise en charge gériatrique favorisant le maintien à domicile, une continuité de suivi de pathologies chroniques), il est hautement improbable que cet objectif puisse être atteint si, d'une part, les médecins libéraux concernés sont cantonnés dans un exercice isolé, centré sur leur patientèle, ou pour une part significative d'entre eux développent des exercices particuliers à faible valeur ajoutée médicale cependant que, d'autre part, les médecins exerçant en établissement privilégient des activités très spécialisées mal articulées avec les besoins identifiés de la population ou, pour certains d'entre eux réduisent leur activité principale pour se consacrer à de l'intérim médical.

Le Haut Conseil considère donc qu'il convient d'inciter les professionnels à s'engager à un niveau individuel à développer une activité conforme aux intérêts collectifs et aux valeurs communes et de reconnaître cet engagement.

L'engagement individuel des professionnels formalise les fonctions et missions qu'ils rempliront notamment au sein du réseau de proximité au regard :

- des services nécessaires à cette ligne (permanence des soins, prévention promotion de la santé, maintien des personnes âgées à domicile, etc.) ;
- de la façon de rendre ces services (qualité des soins, respect des recommandations, maintien et développement des capacités professionnelles, accueil de tous, etc.).

Le professionnel s'engage ainsi : à soigner des patients de tous les âges et de toutes les conditions, à se déplacer auprès des personnes âgées dépendantes, à proposer des rendez-vous non programmés pour des pathologies non planifiables et à participer à la permanence des soins, à suivre les patients chroniques dans la durée, à coopérer avec les autres professionnels de santé, du secteur médicosocial et social, à participer



aux programmes de prévention et de promotion de la santé et de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, à contribuer à la mission sociale de la proximité.

Cet engagement est complété par l'adhésion à des formes d'exercice en équipe (ESP, MSP, Centres de santé, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), regroupements de spécialistes etc.), seules à même de permettre aux professionnels de remplir effectivement ces missions en particulier au bénéfice de leur patientèle.

Enfin, l'engagement des professionnels concernés implique un engagement dans l'organisation collective de l'échelon de proximité, c'est-à-dire les CPTS, car c'est là que se pense, s'organise et se concrétise l'approche populationnelle des services fournis sur le territoire.

Le Haut conseil estime ainsi que pour répondre aux enjeux de la structuration du réseau de proximité il est nécessaire de créer un nouveau cadre d'exercice, se traduisant par un triple engagement des professionnels : un engagement individuel ; un engagement collectif dans des pratiques pluri-professionnelles et en équipe ; un engagement auprès des populations, au niveau des territoires et donc des CPTS.

L'engagement au niveau individuel n'a pas vocation, du moins dans un premier temps, à être obligatoire, pas plus que le choix d'un exercice collectif. L'objectif est, toutefois, qu'à terme, l'essentiel des professionnels adhère au nouveau dispositif. Pour cela, l'engagement aux trois niveaux mentionnés doit avoir pour contrepartie l'accès à un cadre d'exercice nouveau répondant aux aspirations des professionnels et en particulier des jeunes générations.


Ce dispositif soumet les professionnels à certaines obligations de service rendu, de qualité voire de résultats pour certains domaines spécifiques et mesurables, on y reviendra. Mais, il a pour contrepartie l'accès aux moyens nécessaires pour remplir ces obligations.

Toutes les enquêtes réalisées auprès des jeunes professionnels montrent que leurs principales attentes portent sur l'intérêt de leur activité, les conditions de son exercice et la qualité de la vie professionnelle et privée. Les préoccupations financières n'arrivent qu'ensuite.

Le Haut Conseil considère que les incitations à mettre en place en priorité ne sont pas seulement pécuniaires mais consistent avant tout à donner aux professionnels des moyens matériels, organisationnels ainsi que la reconnaissance leur permettant d'exercer leur métier et leurs responsabilités dans de bonnes conditions. L'enjeu est de leur garantir la capacité d'exercer la plénitude de leurs fonctions en cohérence avec leurs valeurs et leurs aspirations.

Ainsi, ce cadre conditionnera l'accès aux moyens supplémentaires qui faciliteront le fonctionnement du réseau de proximité, par exemple :

- aide à l'installation et à la mobilité ;
- accès à un système de remplacement organisé ;
- systèmes d'information partagés et support technique à la coordination avec les autres professionnels ou structures ;
- supports administratifs ;
- accès à des moyens ou supports médicaux ou paramédicaux ;
- accès facilité à des moyens techniques ou à un appui (plateforme territoriale d'appui (PTA)) ;
- défraiement et aide à la participation à des projets collectifs dans le territoire ;
- bénéfice des principes d'organisation, d'orientation et de fonctionnement élaborés dans le cadre du consensus organisationnel établi par la CPTS ;
- participation aux systèmes de collecte et d'analyse de données permettant de faire progresser les pratiques ;
- participation à des activités de recherche clinique ;
- intégration dans la formation universitaire ;
- libération de temps médical par la création d'assistants de cabinet.



Cet engagement formalisé permettra d'identifier et de rendre transparentes des différences d'activité ou de pratiques qui existent d'ores et déjà mais ne sont pas réellement sanctionnées, positivement ou négativement. Il pourra être valorisé par les professionnels et permettra, notamment, une meilleure information des patients et des usagers sur ce qu'ils peuvent attendre des professionnels.

Cet engagement doit être vérifiable, évaluable, opposable, pour permettre aux parties prenantes (autres professionnels, usagers, patients, régulateur, financeurs, élus...), d'en constater l'effectivité et la qualité.

Cet engagement prend son sens au niveau territorial, il se traduit par un contrat au niveau territorial avec la CPTS en charge d'en assurer la bonne application sous le contrôle de l'ARS. C'est un cadre d'adhésion ouvert aux professionnels intéressés par de nouvelles conditions d'exercice et un nouveau cadre de rémunération (sur ce dernier point voir la troisième partie de la présente contribution).

Ainsi, à terme, chaque professionnel sera engagé dans une double contractualisation : au niveau national pour les conditions générales de son activité (conventionnement national des individus et des équipes), et au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité (conventionnement territorial).

Par ailleurs, chaque structure collective ambulatoire ou hospitalière doit voir une partie de ses moyens conditionnés aux contractualisations effectivement mises en œuvre avec les autres acteurs pour définir, notamment, l'organisation des relations entre soins ambulatoires et soins hospitaliers, ainsi qu'aux résultats atteints.

3.2. Généraliser le travail en équipe dans un cadre juridique et financier de droit commun

L'échelon de proximité ne peut fonctionner que s'il s'appuie sur une généralisation des formes d'exercice collectif pour l'ensemble des professions concernées.

Le mouvement de regroupement des professionnels est d'ores et déjà engagé : il existe depuis longtemps des cabinets de groupe, des centres médicaux incluant médecins et autres professionnels de santé, des centres de santé ou des SSIAD, et de nouvelles formes d'organisations pluri-professionnelles apparaissent : MSP, SPASAD, équipes de soins primaires, etc. Par ailleurs, d'autres formes d'organisations restent à développer, voire à inventer, en particulier en ce qui concerne l'exercice regroupé de la médecine spécialisée.

Ce mouvement correspond, en outre, aux évolutions des aspirations des professionnels qui recherchent des conditions d'exercice plus collectives, plus souples aussi, pour mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle, ainsi que d'autres cadres de rémunération.


Le schéma prospectif proposé par le Haut Conseil entend prendre en compte et tirer parti de cette évolution pour améliorer le service rendu à la population.

Ainsi, à terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels devrait exercer dans des structures collectives : la pratique isolée correspond à une organisation qui n'est plus pertinente.

Dans cette perspective, il est nécessaire d'éviter deux écueils majeurs qui conduiraient à l'échec de la mise en place du réseau de proximité que le Haut Conseil appelle de ses vœux.

La première erreur serait de ne pas se préoccuper des modalités de regroupement des professionnels. Les aspirations des jeunes professionnels les conduiront à exercer en groupe, mais pas forcément dans des formes qui produiront les services attendus pour la première ligne. Il est donc indispensable de penser les formes de regroupements répondant aux besoins identifiés et de les rendre attractives. Le regroupement doit être fonctionnel mais pas obligatoirement physique : l'exercice dans un même lieu est une voie préférable mais pas obligatoire. Les nouveaux modes de communication permettent une organisation coordonnée et regroupée sans partager les mêmes murs, qui peut être utile pour préserver une présence territoriale.

Dans cette logique, le Haut Conseil recommande que soient étudiés les modèles organisationnels possibles et souhaitables au regard des objectifs de service proposés par le présent schéma prospectif.



Cette étude doit se traduire par la mise au point d'un certain nombre de prototypes pour lesquels le type de ressources à mobiliser soit identifiées et des modèles de financement pérennes définis, permettant d'en assurer l'efficience mais aussi l'attractivité.

A ce titre, le Haut Conseil rappelle l'importance qu'auront à l'avenir l'intégration aux organisations regroupées de proximité des professionnels infirmiers de pratique avancée et l'accès à des professionnels en capacité de traiter des données ou de déployer et d'administrer des réseaux informatiques. Il convient, en outre, sans doute dans un certain nombre de cas de faire évoluer le droit de prescription des médecins généralistes.

Différentes formes d'organisations dans le champ des soins primaires existent déjà qui sont à considérer dans cette approche, de même que les centres de santé.

Différents types de regroupements de spécialistes sont à étudier en interface de la première ligne et du niveau de recours ou de l'accès aux plateaux techniques : regroupements de spécialités autour d'approches ou de techniques communes ou d'une pathologie, regroupements pluridisciplinaires plus larges.

Cette démarche doit également prendre en compte les besoins d'ores et déjà connus de la population, en particulier ceux des personnes âgées. Aussi, faut-il prévoir la structuration d'organisations infirmières au premier rang pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes et le développement de la participation d'aides-soignants en nombre beaucoup plus important qu'aujourd'hui dans des structures regroupées du réseau de proximité.


Le deuxième écueil serait de ne penser qu'une seule façon de se regrouper, un seul type de structure qui se déploierait sur le territoire. Certes, il ne faut pas multiplier les types de structures, mais il convient d'une part de respecter la diversité des situations concrètes d'offre, d'autre part de respecter les visions des différentes professions. L'exercice de prototypage évoqué ci-dessus a pour objet de permettre l'expression d'une nécessaire diversité sans pour autant multiplier les expérimentations sans fin.

Enfin, le Haut Conseil précise que si l'exercice collectif et regroupé n'emporte pas une obligation d'avoir une implantation physique unique, le pragmatisme et l'expérience montrent que la collaboration et le travail collectif sont plus faciles quand il existe au moins un point d'appui pour agréger une équipe. Dès lors, il serait utile de penser les regroupements autours de « structures d'équilibre », regroupant physiquement un certain nombre de professionnels, une masse critique, en capacité d'associer à ce noyau des professionnels physiquement distants mais qui seraient pleinement associés au travail collectif. Certaines structures regroupées pourraient sans doute jouer un tel rôle.

3.3. Faire du déploiement des Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS) une priorité

Les Communautés professionnelles de territoire de santé constituent le niveau territorialisé d'organisation d'une prise en charge ambulatoire de la population. Elles sont constituées à l'initiative des professionnels. L'enjeu des CPTS est double : assurer l'effectivité et la qualité du service rendu à la population ; offrir aux professionnels un cadre sécurisant où il soit possible d'exprimer et de développer la plénitude de leurs compétences.

Elles regroupent l'ensemble des intervenants ambulatoires des champs de la prévention, du sanitaire et du médicosocial. Elles n'incluent pas d'établissements de santé. Elles comprennent des offres au-delà de celles que l'on assimile aujourd'hui au premier recours ou aux soins primaires : des structures pluri professionnelles de soins primaires (MSP, Centres de santé, équipes de soins primaires) ; des structures libérales spécialisées assurant une partie de leur activité en réponse aux besoins de proximité ; des structures d'exercice regroupé (cabinets libéraux de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeute) ; des plateaux d'imagerie et de biologie, des médecins libéraux généralistes, autres spécialistes de premier recours, ou de deuxième recours dont l'expertise est mobilisée à ce niveau du système ; des infirmiers ; des professionnels de la rééducation ; des podologues ; des pharmaciens ; des sages-femmes ; des chirurgiens-dentistes ; des acteurs de la prévention et notamment les services de la PMI, de la santé scolaire et de la santé au travail ; des centres ou services de



prise en charge de la santé mentale en proximité ; des services centrés sur les prises en charge à domicile (services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile) ; des établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD.

Dans ce cadre, les organisations susceptibles de répondre au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ont vocation à se renforcer mobilisant des infirmiers et aussi des aides-soignants en nombre plus important qu'aujourd'hui.

Dans certains projets elles intègrent les médecins (libéraux ou salariés) exerçant dans le cadre d'établissements publics ou privés de recours ou de référence. Cependant il paraît au HCAAM que ceux-ci n'ont pas vocation à être inclus dans la CPTS, même s'ils doivent participer à ses travaux en ce qui concerne le déploiement et la contextualisation de référentiels professionnels ou pour l'organisation de programmes de prise en charge dans les domaines de leur compétence, dans un cadre contractuel avec les CPTS.

La CPTS se constitue à un niveau où l'échange entre les professionnels et structures concernées doit être concrètement possible et pertinent pour nouer des relations professionnelles. Elle doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients et de répondre aux besoins populationnels. On observe que les CPTS existantes ou en projet couvrent une maille de 30 000 à 100 000 habitants (dimension variant notamment en fonction de la densité de la population) correspondant peu ou prou à une notion de bassin de vie ou de pays et se situent logiquement à une échelle infra-départementale²³.


L'inclusion des usagers dans la CPTS est une question. Les attentes aussi bien que l'expérience et le jugement de ceux-ci doivent évidemment être pris en compte. L'implication des usagers dans le fonctionnement du système de soins est, en outre, un gage de leur responsabilisation. Il semble que la forme la plus appropriée de leur association soit la constitution d'un comité d'usagers attaché à chaque CPTS. Leur rôle dans la définition des services attendus et l'évaluation de la qualité est précisé ci-dessous. De même, l'implication des représentants de la population dans le territoire, élus, partenaires sociaux, associations, aux côtés des usagers, permettrait de renforcer la légitimité de la gouvernance territoriale. Les modalités de cette implication restent à définir.

Le territoire de la CPTS est un territoire de projet qui ne correspond pas à une délimitation *a priori*. C'est une qualité nécessaire pour permettre l'adaptation à des réalités locales qui sont diverses et évolutives au cours du temps. Ce territoire doit cependant définir des frontières d'intervention et de couverture de la population. Il importe que toute personne sache de quelle CPTS elle relève et de poser pour principe que sur un territoire donné existe une CPTS et une seule.

Faut-il imaginer à terme un maillage exhaustif du territoire par les CPTS ? Certainement. La CPTS est une pièce indispensable de la structuration du niveau de prise en charge ambulatoire. De cette ambition découlent plusieurs interrogations. La première a trait au processus de montée en charge de ce nouveau dispositif. Comment gérer la suite d'une dynamique initiale impulsée par des collectivités professionnelles porteuses de projets qui n'existent pas dans tous les territoires ? La réponse à cette interrogation réside principalement dans le caractère attractif qui doit assez rapidement s'attacher aux conditions d'exercice de professionnels inscrivant leur activité dans le cadre d'une CPTS. Il n'en restera pas moins des territoires difficilement couverts en raison du faible nombre de professionnels y exerçant (et ayant dès lors peu de temps disponible pour s'investir dans un projet) ou divisés par des conflits. C'est ici que l'autorité publique, en l'occurrence l'ARS, doit intervenir de façon subsidiaire, comme le prévoit la loi.

La CPTS doit mettre en place une organisation permettant de décliner sur le territoire et pour la population concernée les services définis nationalement et de les adapter ou les compléter en fonction du diagnostic territorial des besoins et des spécificités à prendre en compte.

²³ Elles se constituent ainsi parfois à partir de secteurs de garde.



Le HCAAM considère que doivent au minimum être obligatoirement assurés dans une première étape les cinq services suivants :

- Accès à un médecin traitant pour toute personne du territoire ;
- Permanence des soins et prises en charge non programmées ;
- Continuité des soins organisée ;
- Orientation vers le bon niveau et le bon type de prise en charge en fonction des besoins ;
- Dépistages et vaccination organisés (selon un calendrier à définir).

Dans un deuxième temps et au fur et à mesure de la maturation des CPTS (dans des calendriers qui peuvent être précisés compte tenu des moyens d’agir donnés à celles-ci) doivent être assurés les services suivants :

- Maintien à domicile des personnes âgées
- Organisation de processus de prise en charge de différentes pathologies chroniques (dont la priorisation pourra tenir compte des caractéristiques d’état de santé de chaque territoire)
- Education thérapeutique pour les patients chroniques le nécessitant (en lien avec l’item précédent)
- Déploiement de programmes de santé publique (à prioriser également en fonction des particularités locales).

La CPTS a la responsabilité de la concertation entre professionnels qui doit permettre la mise en place de l’organisation garantissant la délivrance effective et la qualité des services promis. Cette organisation s’adapte aux ressources susceptibles d’être mobilisées sur un territoire. Elle permet de définir les conditions de mise en œuvre des référentiels nationaux dans le contexte propre à chaque territoire. Elle permet de produire un consensus organisationnel.

La CPTS organise les relations entre les acteurs ambulatoires. Elle assure l’interface entre les acteurs ambulatoires du territoire et les centres hospitaliers communautaires associés au sein du réseau de proximité. Elle assure également l’interface avec les acteurs de deuxième ou troisième ligne, en particulier les établissements de recours ou de référence. L’objectif est d’organiser les conditions d’entrée, de séjour, et de sortie ; l’accès direct sans passer par les urgences ; le partage d’informations ; l’orientation ; la régulation des urgences et des demandes non programmées.

Les CPTS doivent, en outre, avoir pour ambition la mise en place d’un circuit territorialisé de distribution des produits de santé et le développement de la conciliation médicamenteuse. Elles doivent, pour cela, organiser la collaboration des pharmaciens d’officine et des pharmaciens hospitaliers avec les autres professionnels de santé. Elles doivent également pouvoir mobiliser l’appui des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l’innovation thérapeutique (OMEDIT).


Par ailleurs, les CPTS sont le support d’une relation intégrée avec le médicosocial et le social, mais également avec les services médicaux spécifiques dédiés à la prévention, en particulier la PMI, la médecine scolaire et les services de santé au travail.

Les CPTS, enfin, doivent assumer un rôle majeur sur l’amélioration de la qualité des soins. Elles doivent se doter, ou être dotées, d’outils permettant de la mesurer sur leur territoire et doivent pouvoir disposer de leviers d’action pour garantir les niveaux attendus par la population et les pouvoirs publics. Il doit s’agir d’une mission clairement identifiée des CPTS.

Pour jouer leur rôle, les CPTS doivent être dotées de moyens d’agir et de ressources.

L’adhésion du professionnel à la CPTS et son implication dans le fonctionnement de celle-ci doit conditionner son accès à des conditions d’exercice améliorées, comme indiqué plus haut. Il paraît ainsi indispensable d’exiger de la part des professionnels un positionnement explicite qui soit, par ailleurs, porté à la connaissance des usagers.

Ceci va de pair avec la faculté de la CPTS de passer des contrats au nom de ses membres avec l’ARS ainsi qu’avec des établissements de santé ou des collectivités territoriales (contrats qui ne sont pas exclusifs de ceux que ceux-ci peuvent passer directement).



Un certain nombre d'outils du Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins doit être mis à la main de la CPTS. La CPTS doit, en effet, par les conditions qu'elle offre favoriser l'installation des professionnels nécessaires sur un territoire. Elle doit contribuer à la mise en place de solutions permettant de répondre à l'exigence d'accessibilité également en favorisant l'exercice délocalisé de professionnels une partie de leur temps ou l'accès de certains patients de zones sous-dotées à l'offre de zones proches correctement dotées. C'est dans ce nouveau cadre global que devront être trouvées les réponses crédibles aux déséquilibres d'installation des professionnels sur le territoire.

La CPTS favorise également le développement des stages en ambulatoire.

Elle organise le recueil de données cliniques en ambulatoire et favorise le développement de la recherche clinique ambulatoire.

La CPTS doit enfin pouvoir mobiliser le développement professionnel continu (DPC) dans son activité pour favoriser une réponse collective et cohérente aux besoins de formations qu'elle sera en mesure d'estimer sur son territoire. Le DPC devrait également être un support permettant aux professionnels d'élaborer collectivement des référentiels de prise en charge.

3.4. Le rôle des usagers dans le réseau de proximité

Dans le schéma proposé par le Haut Conseil, une place particulière doit être réservée aux patients et aux usagers pour la définition du service attendu ainsi que l'évaluation et l'amélioration du service rendu. Il est pour cette raison nécessaire de les impliquer dans l'organisation et le fonctionnement du réseau de proximité.

Ceci passe par leur association aux structures de soins pluri-professionnelles et aux CPTS (mentionnée ci-dessus).

Par ailleurs, la valorisation du rôle des usagers et des patients doit également se traduire dans l'élaboration d'outils fondés sur leur expérience. Si l'expérience des patients commence à trouver sa place parmi les critères de certification des établissements de santé ou d'évaluation des MSP, cette approche demeure embryonnaire. Pourtant, un processus d'évaluation des soins reçus fondé sur des critères co-construits entre parties prenantes pourrait engager un cercle vertueux de confiance chez les patients et d'amélioration des pratiques des professionnels. L'expérience des usagers peut également être mise au fondement d'outils de recueil du service rendu. Le SPIS pourrait favoriser le développement d'outils en ce sens, en s'appuyant sur sa gouvernance largement représentative.

4. Faire évoluer l'offre en établissement de santé

On traitera ici des missions des établissements, de l'évolution de l'offre et, enfin, des Groupements Hospitaliers de Territoire.

4.1. Redéfinir les missions des professionnels et des établissements

a) L'évolution des missions des établissements de santé

Les textes qui définissent les missions des établissements de santé²⁴ sont le reflet du rôle qui leur a été historiquement assigné : garantir la réponse à l'ensemble des besoins de santé de la population. Il est immense. Les établissements ont ainsi vocation à couvrir tout le spectre des activités du champ de la santé, de la promotion et de la prévention aux soins palliatifs. Ils assurent tous les types de prise en charge, des hospitalisations avec hébergement aux prises en charge à domicile. Ils remplissent toutes les missions, des soins programmés ou d'urgence à l'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux.


Mais, dans le même temps, malgré son apparente exhaustivité, la liste que proposent les textes rend mal compte de l'évolution nécessaire – et d'ailleurs engagée - par des établissements appelés à prendre en charge une population vieillissante et à fortement articuler leurs interventions avec celles des acteurs de la proximité.

Le HCAAM appelle à ce qu'une réflexion soit ouverte pour réactualiser la description des missions attendues des établissements en cohérence avec le schéma prospectif proposé.

Quelques éléments de cette réactualisation peuvent d'ores et déjà être identifiés.

- De plus en plus souvent, les établissements, et particulièrement les établissements de recours ou de référence seront appelés à fournir un niveau d'expertise spécialisé susceptible d'être mobilisé à l'initiative des acteurs de proximité, par demande d'avis ou consultation, le cas échéant à distance. Cette activité doit être organisée et reconnue dans le droit commun – c'est un chantier aujourd'hui ouvert.
- La nécessité de concentrer les moyens techniques et spécialisés dans des établissements, souvent situés à la périphérie des zones urbaines, ne doit pas faire obstacle à des facilités d'accès près de chez eux pour des patients soumis à des soins répétitifs qui peuvent s'étaler sur de longues durées (séances notamment) ou pour certaines consultations. Le développement d'activités multisites et d'équipes mobiles ou projetées sur le territoire, doit par conséquent être encouragé. Il est préférable à l'explosion de déplacements et de transports coûteux, extrêmement pénalisants pour la qualité de vie des malades. La nécessité de réserver certains moyens techniques et équipements aux établissements de recours ne concerne pas tous les éléments des plateaux techniques. On observe une diffusion de l'innovation, à partir des CHU et des gros centres hospitaliers (CH), vers les autres établissements. Il faut encourager ce déploiement, lorsqu'il est soutenable médicalement et économiquement, car c'est l'intérêt des usagers comme des professionnels.
- Dans un contexte de vieillissement et de développement des pathologies chroniques, alors-même que le progrès des techniques médicales permet de raccourcir les durées d'hospitalisation, les sé-

²⁴ L'ensemble des établissements de santé concourent aux missions de diagnostic, surveillance et au traitement des malades, blessés et femmes enceintes, incluant le cas échéant les soins palliatifs ; ils conduisent des actions de prévention et de promotion de la santé ; ils participent à la politique de santé, aux dispositifs de vigilance au titre de la sécurité sanitaire et à la coordination des soins en relation avec les professionnels de ville et les établissements médicosociaux. Ils peuvent, pour certains d'entre eux, participer aux activités de formation et de recherche, ainsi qu'à la dispensation de soins psychiatriques pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, ou de soins aux personnes en rétention ou en détention. Ils peuvent également être appelés par l'ARS à mettre en place des permanences d'accès aux soins ou à contribuer à la permanence des soins (article L. 611-1 et suivants du Code de la santé publique).



jours hospitaliers n'ont plus vocation à être au centre des prises en charge. L'articulation de l'intervention de l'établissement avec celle des structures et des professionnels qui suivent les patients en proximité devient cruciale et ne doit plus être vue comme un élément accessoire de l'activité, une gestion à la marge de son « amont » ou de son « aval ». Prendre cette affirmation au sérieux nécessite la mobilisation de moyens et une organisation nouvelle au sein des établissements qui va bien au-delà de l'identification vague par les textes actuels d'une mission de « participation à la coordination des soins ».

- L'âge des populations accueillies dans les établissements impose une attention très forte apportée à la dimension gérontologique aujourd'hui encore très insuffisamment prise en compte. Ceci suppose d'introduire une approche de « care »²⁵ y compris dans le cadre des interventions les plus techniques et des prises en charge les plus spécialisées. Cette dimension, même si elle n'est pas la seule, justifie le développement d'organisations transversales nécessaires à la qualité de la prise en charge des patients qui correspondent à des missions en soi méritant d'être identifiées. Cette démarche concerne l'ensemble des services hospitaliers.
- Les professionnels des établissements ont une responsabilité particulière en lien avec les autres professionnels, dans l'organisation sur le territoire des prises en charge correspondant à leur domaine de compétence, dans le développement et la mise en œuvre de référentiels ainsi que et dans le recueil de données permettant l'analyse des pratiques et leur amélioration. Ceci devrait enrichir les missions des établissements concernés au-delà de la formulation générale actuelle de la « participation à la politique de santé publique ».

Cette démarche de réactualisation doit prendre en compte les missions à confier au réseau de proximité. Peut-on simultanément confier aux établissements de santé et aux soins primaires la prévention et la promotion de la santé ? Si le centre de gravité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des patients chroniques stabilisés réside dans le réseau de proximité ne doit-on rien en dire dans les textes relatifs aux établissements ? Peut-on, enfin, demander aux acteurs de proximité d'assurer, en pleine responsabilité, la prise en charge des problématiques sociales et continuer d'attendre d'établissements de recours ou de référence une réponse sociale ultime ? En pratique, il faut viser la complémentarité clairement définie. La prévention et la promotion de la santé ne relèvent pas d'un monopole des uns ou des autres, mais d'une continuité au bénéfice du patient. La dimension sociale est souvent appliquée par défaut et il faut admettre que l'hôpital assure aussi ce rôle social, lorsqu'aucune autre structure n'est disponible. Que cela soit conforme à sa mission ou non devient parfois secondaire, au regard de la détresse de certaines situations. Mais le principe est bien de se donner les moyens de traiter la dimension sociale au niveau de la plus grande proximité.

Avant-même toute réflexion approfondie, deux sujets peuvent être pointés.

- Il conviendrait de préciser le rôle des établissements de recours et de référence dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention, rôle qui ne devrait concerner que la prévention spécialisée ou celle concernant des populations très particulières, d'effectifs réduits. Ce point concerne notamment les activités d'éducation thérapeutique (par exemple, le cas des maladies rares). Cette clarification n'interdit pas, bien sûr, que des démarches préventives soient engagées à l'occasion des soins.
- Si la mission sociale est, comme proposé, portée par le réseau de proximité, il faudrait clairement l'exclure des missions des établissements de recours et de référence afin de les décharger de cette tâche, sous les réserves mentionnées ci-dessus.

²⁵ Car elles sont le plus souvent au croisement du soin et d'une prise en charge sociale ici dénommée care faute de mieux. Il s'agit de ne pas être prisonnier d'une vision extrêmement médicale de la personne (elle-même souvent ramenée à une vision éclatée « organe par organe ») et donc de promouvoir une analyse situationnelle », c'est-à-dire qui intègre des éléments de contexte relatif à la situation sociale et aux besoins de services ou d'actes pour faciliter la vie de personnes et le maintien de leur autonomie prenant en compte le support familial ou relationnel de l'entourage (les « aidants »).

b) Un socle commun de missions et des missions particulières

L'offre hospitalière française se caractérise par une diversité d'établissements assurant des missions diverses et relevant de statuts différents²⁶.

Il est clair que tous les établissements ne couvrent pas l'ensemble des missions assignées à l'hospitalisation. Le code de la santé publique distingue d'ailleurs depuis 2016 un socle de missions que l'ensemble des établissements assurent et des missions qu'ils « peuvent assurer », ces dernières relevant essentiellement du champ de l'aide médicale d'urgence (AME), de l'enseignement et de la recherche²⁷. Les missions des hôpitaux de proximité font l'objet d'une identification particulière.

De la même manière que pour les professionnels exerçant dans le réseau de proximité, le HCAAM estime nécessaire que des principes communs s'imposent aux établissements assumant les missions du socle de base ainsi qu'aux professionnels qui y contribuent, qu'ils s'inscrivent ou non dans le Service Public Hospitalier : égalité d'accès (accueil des personnes relevant de la couverture maladie universelle (CMU)/complémentaire (CMU-C), de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'AME), absence de discrimination (non sélection du type de cas accueillis pour des raisons autres que médicales), continuité des soins (prise en charge des suites des interventions assurées), garantie de qualité des soins.

S'ajoutent à ce socle, de façon optionnelle : recherche et enseignement, formation des professionnels paramédicaux, aide médicale urgente, soins aux détenus,... qui ont vocation à être remplies dans les mêmes conditions par tous les établissements qui les prennent en charge. C'est notamment le cas des activités d'urgence et leurs suites, pour lesquelles s'impose la pratique de tarifs opposables.

Certains établissements, comme les centres hospitaliers régionaux (CHR) ayant conventionné avec l'Université, ont vocation à assurer l'ensemble des missions. D'autres peuvent développer (outre le socle) uniquement une ou deux missions spécifiques, en fonction des besoins identifiés dans le territoire et avec l'accord de l'ARS.

Consacrer cette évolution limiterait les barrières fixées réglementairement entre établissements (entre CHU et autres établissements comme entre hôpitaux publics et cliniques privées), lèverait certains freins à des coopérations, faciliterait les approches territoriales des soins hospitaliers.


On s'arrêtera plus particulièrement sur les missions de formation et de recherche.

- Les missions de formation ont vocation à être assurées désormais à tous les niveaux du système de santé par la diffusion des formations pratiques (stages), aussi bien en ambulatoire que dans les différents types d'établissements de santé. C'est à l'Université de définir les critères de qualité et d'évaluation applicables à l'ensemble des acteurs (professionnels et établissements) amenés à développer ce type d'activités.
- Les activités de recherche sont, pour l'essentiel, exercées par les CHR ayant le statut de CHU, dans le cadre des conventions qui les unissent à l'Université. Cependant, la pratique a fait évoluer l'organisation de la recherche ce qui permet d'envisager dans le futur un continuum, allant de la recherche la plus fondamentale assurée dans de très grands centres de recherche associés aux autres disciplines fondamentales, à une recherche mobilisant les sciences humaines et sociales dans le cadre d'une approche populationnelle de la santé, en passant par une recherche clinique diffusée largement dans tous les segments du système de santé.

Il est nécessaire de concentrer les investissements matériels et humains pour constituer au sein des CHU, mais en partenariat avec d'autres institutions dans un esprit fédérateur, des équipes disposant

²⁶ On dénombre, à la fin de 2015, 3 089 entités hospitalières dont 1 389 dans le secteur public, 691 dans le secteur privé à but non lucratif et 1 009 dans le secteur privé à but lucratif²⁶. Dans le secteur public, l'offre va des 178 entités de CHR ou CHRU aux 241 hôpitaux de proximité. Dans le secteur privé à but non lucratif on identifie 21 Centres de lutte contre le cancer. Dans le secteur privé à but lucratif la moitié des entités fournissent des soins de courte durée ou ont une activité pluridisciplinaire.

²⁷ Mais concernant aussi les soins psychiatriques aux personnes hospitalisées sans leur consentement ou les soins aux personnes détenues ou retenues.



d'une masse critique suffisante pour constituer des pôles d'excellence. Cependant, l'intensité de l'engagement des services des CHU dans les activités de recherche demeurera extrêmement variable, compte tenu notamment des charges de soins et d'enseignement assumées par ailleurs. Il paraîtrait dès lors souhaitable d'attacher le conventionnement universitaire correspondant à la mission de recherche au niveau du service plutôt que de l'établissement²⁸, en fonction de critères objectifs, ce qui serait de nature à hausser le niveau et les efforts entrepris dans certains services (et pas seulement dans les « petits » CHU) en matière de recherche. Il serait, par ailleurs, pertinent de laisser la possibilité à certains services hospitaliers, hors établissements universitaires, de développer une activité universitaire (quel que soit le statut de l'établissement), non seulement d'enseignement (c'est déjà le cas pour l'accueil des étudiants et des internes) mais aussi de recherche. Cette évolution permettrait de diffuser davantage les activités de recherche clinique en particulier. Elle devrait faire l'objet d'une reconnaissance pour les professionnels y concourant et s'intégrer dans un fonctionnement en réseau.

c) Le Service Public Hospitalier et la contribution des différents types d'établissements à l'offre

Au niveau national, à la fin de 2015, 61% des lits et places en établissement de santé sont situés dans des établissements de santé publics, 15% dans des établissements de santé privés à but non lucratif et 24% dans des cliniques privées à but lucratif. Cette répartition est cependant très variable suivant les départements. La place des cliniques privées est ainsi inexistante en Aveyron ou en Lozère. En revanche, elles constituent 40% ou plus de la capacité dans quatre départements de l'Occitanie, en Corse, dans les Bouches du Rhône et en Seine-Saint-Denis. La place du secteur privé à but non lucratif est très variable ; il est absent ou peu présent dans de nombreux départements mais représente 30% de la capacité dans cinq d'entre eux²⁹.

On ne peut que prendre acte de la pluralité de l'offre hospitalière et du rôle indispensable des différents types d'établissements pour le maillage du territoire. C'est d'ailleurs cette considération pragmatique qui, depuis le début des années 1990, a conduit à reconnaître aux différents établissements, indépendamment de leur statut, un certain nombre de missions communes et les a placés dans une situation identique au regard du droit des autorisations.

La reconnaissance de la contribution des établissements privés à but lucratif à la mise en œuvre du service public a cependant toujours posé des problèmes particuliers. Elle a pris, à l'origine, la forme classique de la concession de service public (qui a cependant été très peu utilisée). Elle a, après la loi HPST de 2009, revêtu la forme, inspirée du droit européen, de l'exercice de missions de service public attribuées dans le cadre du contrat avec l'ARS (qui hors du cas des urgences n'a pas non plus connu d'importants développements). Il a toujours été considéré que les activités exercées dans ces différents cadres devaient répondre aux principes du service public et notamment être réalisées dans le cadre de tarifs opposables.


Depuis 2016, la participation d'une clinique au Service Public Hospitalier suppose que l'intégralité de son activité soit à tarifs opposables (hormis le cas particulier de l'association à l'aide médicale urgente), ce qui exclut du champ la plupart des cliniques.

On comprend la préoccupation qui a inspiré cette disposition. L'application de principes communs s'appliquant à l'ensemble des établissements, pour l'exercice du socle commun des missions hospitalières, telle que proposée par le HCAAM (voir ci-dessus), apporte, en partie, une réponse à cette préoccupation.

Au-delà, il est difficile d'adopter une approche générale, sans considération des particularités locales. Une grande distance sépare, en effet, la situation dans les grandes métropoles telles que Paris, Lyon ou Marseille, où s'exerce une forte concurrence entre de grands établissements publics et privés et des territoires dans lesquels une clinique peut être l'offreur unique ou constituer, dans le cadre d'une coopération avec un établissement public, un maillon indispensable au maintien de la réponse aux besoins de la population, sans

²⁸ Ce qui, bien sûr, n'est pas contradictoire avec une gestion par l'établissement.

²⁹ Panorama des Etablissements de santé DREES, 2017.



avoir de difficultés particulières pour proposer des activités facturées aux tarifs opposables, tant la pratique du secteur 2 varie en fonction du lieu.

Cette considération doit conduire à rechercher des solutions organisées sous l'autorité des ARS en privilégiant la voie contractuelle pour garantir aussi bien les exigences de service public nécessaires à la protection des patients que les droits des établissements signataires.

Ainsi, le HCAAM propose d'ouvrir aux cliniques qui le souhaitent la possibilité de s'inscrire, en accord avec l'ARS, dans le cadre du Service Public Hospitalier pour une partie cohérente ou pour la totalité de leur activité, s'engageant alors à répondre, pour les activités considérées, à l'ensemble des obligations afférentes au service public, dont l'application des tarifs opposables et la garantie d'un reste à charge nul pour le patient. Une question essentielle est celle du reste à charge des patients. Il convient que les praticiens exerçant dans ces établissements, sans lesquels les obligations en question ne peuvent être remplies, soient également appelés au contrat comme la loi le permet³⁰.

Cette évolution permettrait de réintégrer dans une association au Service Public Hospitalier des établissements et des praticiens prêts à y contribuer en donnant une visibilité à cette association et en permettant d'attribuer des compensations au titre des Missions d'Intérêt général et des Aides à la Contractualisation, chaque fois que justifié comme c'est le cas pour les autres catégories d'établissements.

On rappellera que les établissements participant au Service Public Hospitalier jouent un rôle particulier, selon la loi, dans l'organisation de l'offre de santé puisque ceux-ci peuvent être désignés par l'ARS « pour répondre aux besoins de la population en cas de carence de l'offre ou pour développer des actions de coopération avec d'autres établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé. »³¹

Une autre question est celle de la loyauté de la concurrence entre établissements qui se pose de façon aiguë, en particulier pour les disciplines chirurgicales dans les grandes zones urbaines. On ne peut résoudre cette question sans traiter celle des rémunérations des praticiens, dont le recrutement est un élément central. Ceci suppose de régler le problème des dépassements d'honoraires qui ont trouvé pour partie leur source, s'agissant des chirurgiens exerçant à titre libéral, dans l'insuffisante valorisation de la nomenclature (voir ci-dessous dans la troisième partie les propositions relatives à la gestion des nomenclatures). C'est également traiter le problème du niveau de rémunération de certains praticiens hospitaliers dont les compétences particulières doivent être reconnues autrement qu'à travers la mauvaise solution du secteur privé hospitalier.

d) La reconnaissance des équipes qui exercent dans les établissements de santé

Le travail en équipe est sur tous ces aspects un élément déterminant du bon fonctionnement des établissements et de la qualité des soins dont l'importance doit être reconnue. Dans les établissements, ces équipes doivent disposer de temps et de moyens pour exercer leurs responsabilités propres comme c'est le cas aussi au niveau des services et des pôles. A ces niveaux aussi, il convient de veiller à ce que les responsabilités attribuées soient assorties des moyens de les mettre en œuvre.

³⁰ Sur ce point, des aménagements des textes sont sans doute nécessaires, prenant en compte le rôle des CME des établissements.

³¹ « Ils développent des actions visant à améliorer l'accès et la continuité des soins ainsi que des actions liées à des risques spécifiques dans certains territoires isolés. Ces établissements doivent corrélativement informer l'ARS de tout projet de cessation ou de modification de leur activité de nature à restreindre l'offre de services de santé et ils recherchent avec l'ARS les évolutions et coopérations possibles avec d'autres acteurs pour répondre aux besoins ».

4.2. Conduire une réorientation de l'offre en établissement conciliant les impératifs de proximité, de sécurité et de qualité

a) La réorganisation de l'offre de plateaux techniques de chirurgie et d'obstétrique

Cette réorganisation doit être menée à bien.

Autant pour des raisons de fonctionnement médical (manque d'attractivité, impossibilité d'assurer la permanence des soins,...) que pour des raisons de qualité des soins, les plateaux techniques à faible activité sont en situation très difficile. Entre 60 et 70 établissements publics sont dans ce cas. Mieux vaudrait anticiper et procéder à un redéploiement des activités techniques de ces établissements en faveur des établissements plus importants du territoire lorsque c'est pertinent, avant que les situations ne se dégradent trop et que les décisions doivent être prises de façon contrainte. En outre, ces sites sont en déficit chronique. Il arrive que du fait de la volonté de maintenir absolument tous les sites en place dans un département, tous finissent par se trouver en difficulté, connaissant des problèmes d'attraction aussi bien des médecins que des patients et ne permettent pas au total de répondre aux besoins dans de bonnes conditions.

Il ne s'agit bien sûr pas de raisonner à partir de normes rigides toujours discutables au niveau des établissements, mais d'examiner la manière, dans chaque territoire, de concilier pour les populations la réponse à une double exigence d'accessibilité et de qualité pour l'ensemble des soins, qui doit prendre en compte les configurations locales. Il s'agit aussi de permettre aux équipes de soins d'inscrire leur action dans un projet de réponse structurée aux besoins de la population par le déploiement de toute une gamme d'activités, tout en leur offrant des conditions correctes de fonctionnement.

On devrait aboutir à une organisation structurée par territoire autour d'un important pôle technique (pouvant rassembler plusieurs sites, par exemple dans le cadre d'une coopération public/privé) et travaillant en réseau avec les établissements de santé communautaires de proximité axés, notamment, sur la médecine polyvalente et gériatrique pour ce qui est de l'activité de court séjour.

b) Le déploiement d'une offre d'établissements de santé communautaire


Parallèlement, il est indispensable de développer (et cela peut compenser localement, en termes de ressources humaines, la fermeture de certains plateaux techniques) des établissements de santé communautaires (cf. annexe 2) assurant une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville, bien intégrés dans leur environnement, principalement axés sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique (court séjour, SSR, USLD, EHPAD, équipes mobiles...), pouvant servir de point d'appui à la régulation des soins non programmés et des urgences, avec le cas échéant un plateau d'imagerie de proximité et de biologie de routine, et pouvant comporter, en fonction des spécificités territoriales, un centre de suivi de grossesse de proximité.

A l'heure actuelle, plus de 500 établissements de santé (au sens de site géographique) n'assurent en court séjour qu'une activité de médecine (dont 383 dans le secteur public). Compte tenu de certaines restructurations et réorganisations d'activité en cours ou à envisager, ce nombre pourrait, dans les années à venir, se situer entre 550 et 600 entités constituant un maillage dense du territoire en centres hospitaliers communautaires, de statut public ou privé.

La gouvernance de ces centres doit associer les CPTS et leurs projets s'inscrire dans un projet territorial plus large défini conjointement par les acteurs ambulatoires et les acteurs hospitaliers concernés.

Il s'agit aussi de développer les soins à domicile (HAD, SSIAD...), et d'intégrer la coordination des acteurs³².

³² Comme développé plus loin, cette coordination doit être, autant que possible, internalisée par les acteurs concernés. Les dispositifs de coordination (PTA) placés auprès des CPTS ont de ce fait vocation à se consacrer à la gestion des cas les plus complexes que les modalités de coordination intégrées ne pourront pas prendre en charge. La complexité signifie le plus souvent des problèmes sociaux se surajoutant à une situation médicale instable ou une situation de handicap.



Dans ce cadre, la répartition des tâches entre l'hôpital et les médecins de ville peut varier, en fonction du degré d'organisation des équipes médicales de premier recours, de la démographie médicale, du degré d'intégration entre médecins de ville et établissements (forcément plus important dans les ex-hôpitaux locaux dont les intervenants médicaux sont les libéraux).

La situation cible qui peut être proposée (mais qu'il ne paraît pas possible d'atteindre dans tous les territoires en raison des contraintes locales) serait fondée sur une structuration forte des soins de ville, autour de maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé ou organisations voisines, associés dans le cadre de CPTS, en mesure d'assurer le rôle de PTA, de prendre en charge les pathologies chroniques stabilisées, les soins non programmés (en substitution d'une partie de l'activité des urgences), voire de pouvoir réaliser des prises en charge actuellement réalisées en hospitalisation de jour de médecine, en ayant à disposition un plateau d'imagerie et de biologie de routine.

Dans les cas où l'offre existante ne permet pas le déploiement d'une telle organisation, le centre hospitalier communautaire de proximité peut chercher à structurer ces missions.

Cette recomposition indispensable des activités, qui permet de répondre de façon plus adaptée aux besoins de la population, offre certainement aux personnels des établissements concernés des perspectives positives aussi bien en termes d'emplois (bien répartis sur le territoire) que de conditions d'exercice de leur métier. Elle permet de redonner au niveau des établissements de recours et de référence de nouvelles marges de manœuvre et de faciliter la réalisation de leurs missions.

c) La place de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile favorise la coopération entre professionnels de santé en mobilisant des compétences pluridisciplinaires et coordonnées qui permettent de développer un savoir-faire de grande qualité au domicile. Intégrant dans sa prise en charge les dimensions sanitaires et psychosociales, elle est un acteur de soins dont le champ d'intervention est large. Elle a vocation à poursuivre son installation dans les territoires pour conforter une offre s'inscrivant dans le cadre du réseau de proximité. Son essor doit se poursuivre en substitution à l'hospitalisation avec hébergement en établissement, dont la pertinence est interrogée de façon plus systématique, par la diversification des profils des populations accueillies et sa bonne insertion avec les acteurs, tant en établissement qu'en ambulatoire.

Les établissements d'hospitalisation à domicile sont parties prenantes des nouvelles organisations mises en place en proximité.

d) Le niveau départemental (ou du territoire de santé)

Il paraît raisonnable de retenir (hors disciplines « de pointe ») un principe de regroupement (public ou privé ou « mixte ») au niveau départemental des plateaux techniques spécialisés et de l'ensemble des disciplines médicochirurgicales spécialisées de court séjour.

A un niveau infra-départemental on trouve des établissements publics, mais aussi de nombreux établissements privés à but non lucratif ou à but lucratif.

Ce niveau intermédiaire est à préserver, lorsque dans un certain nombre de cas il permet de fixer sur le territoire une offre de médecine spécialisée accessible ou de déployer des activités de SSR, de séances, de psychiatrie... offre utile à la population.

De plus, même si le secteur privé et le secteur public sont fréquemment en concurrence sur les mêmes territoires, dans les grands centres urbains essentiellement, des coopérations existent, parfois depuis de nombreuses années, dans les villes de taille moyenne, permettant à la population d'accéder à l'ensemble des disciplines dans de bonnes conditions. Ces coopérations sont à préserver.

e) Le niveau régional et interrégional

Les prises en charge les plus spécialisées nécessitant le recours aux disciplines de pointe et à des équipements lourds très spécialisés sont organisées à un niveau régional ou interrégional. Elles sont assurées par de grands centres hospitaliers régionaux, des Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et quelques établissements très spécialisés sur certaines activités, Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) ou cliniques privées. C'est à ce niveau que, dans le schéma proposé, sont positionnés les plateaux techniques les plus lourds et spécialisés (avec pour certains nécessité d'une planification nationale), ainsi que la prise en charge des urgences « de recours ». La question de la clarification pour ces établissements de leur rôle d'établissement de desserte de la population proche et de leur rôle d'établissements hautement spécialisés peut se poser.

4.3. Faire évoluer les Groupements Hospitaliers de Territoire

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) connaissent des situations très contrastées selon les territoires, les historiques, les tailles respectives des établissements intégrés... Les avis sont plutôt divergents sur le bilan que l'on peut faire de cette nouvelle forme d'organisation et sur ses perspectives d'évolution. Les GHT ayant les projets les plus ambitieux sont en général ceux dont les établissements avaient déjà une histoire de coopération, via la création de groupements de coordination sanitaire (GCS) ou de communautés hospitalières de territoire (CHT). D'autres se contentent pour le moment du socle minimal d'obligations fixées par la réglementation (achats, système d'information...).

Les risques que les GHT font peser sur l'avenir de l'organisation hospitalière sont en tout cas bien identifiés : risque de gigantisme et de déséconomies d'échelle ; risque d'impuissance par absence de personnalité morale et en fin de compte degré d'intégration très insuffisant, notamment dans les territoires où les établissements n'arrivent pas à s'entendre sur un projet commun ; risque de recentrage sur soi avec pérennisation d'un hospitalocentrisme très critiqué, manque d'ouverture vers la ville, en contradiction avec la « médecine de parcours » que tous les acteurs appellent de leurs vœux.

Plusieurs aspects appellent une discussion particulière au regard des objectifs multiples qui, au fil du temps, ont été assignés aux GHT. On leur a beaucoup demandé.


Dans le schéma proposé par le HCAAM les GHT, même si bien sûr ils doivent y contribuer, n'ont pas vocation à organiser la réponse territoriale aux besoins de la population qui doit se penser d'abord à partir des bassins de vie couverts par les CPTS et les établissements de santé communautaires.

Cette position ne méconnaît pas le rôle que les établissements hospitaliers et leurs professionnels sont aujourd'hui conduits à jouer quotidiennement pour pallier l'insuffisante organisation de la proximité qui ne permet pas d'assurer la continuité des soins dans certains territoires.

Ces différentes considérations conduisent le HCAAM à préconiser qu'un bilan soit fait de la mise œuvre des GHT et des résultats d'ores et déjà évaluables ainsi que des perspectives susceptibles d'en être attendues. Ce bilan devrait permettre de corriger les situations qui posent des problèmes et de proposer un repositionnement clair de la démarche engagée dans sa dimension systématique.

Sans attendre cependant, une position claire doit être prise pour répondre à la critique de l'ouverture insuffisante des GHT vers la ville. La solution est-elle dans l'intégration des cliniques privées et des libéraux dans le GHT ? La réponse la plus appropriée pour faire droit à cette préoccupation se trouve dans le développement de conventions sur les sujets les plus importants : coordination de la sortie d'hospitalisation et du retour à domicile, organisation des urgences et des soins non programmés, système d'information partagé, formations...

S'agissant des établissements de santé communautaires, leur intégration dans les GHT, lorsqu'ils sont de statut public, est une question. Sur ce point les avis au sein du Haut Conseil divergent. S'il est clair pour tous que l'association aux projets médicaux des établissements de recours est nécessaire, il apparaît à la plupart des membres du Haut Conseil que les formes contractuelles sont plus efficaces et respectueuses des objectifs



de chacun qu'une intégration, ce qui les conduit à en rejeter le principe. Certains membres cependant estiment souhaitable une intégration aux GHT.

Il conviendrait en toute hypothèse de faciliter et fluidifier les recrutements médicaux, en faveur de ces établissements de santé communautaires, par exemple en créant des équipes communes (les praticiens pouvant exercer alors sur plusieurs établissements, en proximité et dans l'établissement de recours).

5. Définir une gradation des prises en charge englobant les acteurs de l'ambulatoire et des établissements

Les évolutions précédemment décrites devraient permettre d'organiser une gradation des prises en charge mieux structurée, en trois ou quatre niveaux définis en termes de services attendus. Les enjeux de cette gradation sont multiples.

Elle doit assurer que chaque structure soit utilisée de façon optimale au regard des ressources mises en œuvre. Il faut éviter à la fois :

- une sur-utilisation des structures de haut niveau technique pour des cas simples (et une saturation de l'expertise rare),
- une sous-utilisation de ces mêmes structures si l'investissement a été surdimensionné,
- une utilisation inadéquate des centres hospitaliers communautaires, par exemple via la prise en charge de cas trop complexes pour les moyens disponibles sur place.


Pour éviter ces problèmes, le principe de subsidiarité devrait prévaloir : traiter les problèmes au plus près des personnes, sauf dans les cas où la situation excède les compétences et possibilités techniques des acteurs de proximité, renvoyant alors au niveau plus technique. Cet objectif n'est pas si aisé à atteindre, lorsqu'on observe que la gradation des soins en périnatalité a conduit souvent à saturer les maternités de niveau III, sur-utilisées par des patientes dont les besoins étaient parfaitement remplis par les niveaux inférieurs.

La gradation doit, par ailleurs, apporter davantage de visibilité aux patients en indiquant clairement quel type de structure est adapté à leur situation, évitant ainsi une errance parfois longue avant de trouver l'acteur de santé approprié.

Elle doit, enfin permettre d'organiser les investissements (immobilier, équipements) de manière rationnelle, évitant par exemple que plusieurs hôpitaux d'un département bénéficient d'investissements lourds sans que soit posée la question de l'organisation graduée de l'offre dans ce département.

Cette organisation peut être définie ainsi :

- Soins de proximité/premier recours : promotion de la santé et prévention, régulation et gestion des urgences (au moins de jour), éducation thérapeutique et suivi des malades chroniques, prise en charge gérontologique, coordination des soins à domicile...
Ce type de prise en charge est assuré par les équipes de ville de premier recours (incluant certaines spécialités hors médecine générale comme l'ophtalmologie, la gynécologie, etc.) et les établissements de santé communautaires, ainsi que par les services et établissements médico-sociaux.
- Deuxième recours : prises en charge nécessitant des moyens humains et techniques spécialisés ; ce type de prise en charge est assuré par les médecins spécialistes de ville et hospitaliers, et les établissements de santé assurant une activité d'hospitalisation de court séjour non fortement spécialisée (hôpitaux ou cliniques privées) : chirurgie orthopédique, urologie, chirurgie digestive...
Dans ce champ, la situation varie suivant qu'il s'agit de spécialités techniques (cardiologie, gastro-entérologie...) ou cliniques (endocrinologie, psychiatrie...) : dans le premier cas, il faut distinguer la situation selon le type d'équipement rendu disponible.
Par exemple en cardiologie : avis spécialisé du cardiologue, échocardiographie, épreuve d'effort ; à distinguer de plateau de cardiologie interventionnelle.



On peut aussi distinguer au sein de ce type de prise en charge:

- a. Les recours spécialisés sans hospitalisation, incluant la réalisation d'actes techniques en ambulatoire, en ville ou en établissement de santé
 - b. Les recours spécialisés nécessitant une hospitalisation dans un établissement muni d'un plateau technique complet
- Prises en charge demandant une forte spécialisation, une expertise de type universitaire, la mise en œuvre d'équipements lourds et dont la diffusion est restreinte : CHU, CLCC, certains établissements privés très spécialisés.

La déclinaison de cette classification générale par discipline est proposée dans le tableau en annexe 1 à titre indicatif.

Toutefois, la situation peut être rendue complexe par le positionnement des établissements de santé, « à cheval » sur plusieurs types de prise en charge. En particulier, un CHU ou une clinique bien équipée ayant développé des spécialisations poussées dans certains domaines assurent une fonction sur les différents types de prise en charge. Cette situation est économiquement souvent rationnelle. Par contre, dans la logique évoquée ici, ce ne serait pas à cet établissement d'assurer des prises en charge du premier type (sauf pour une participation au titre de sa mission d'enseignement et de formation). Il en serait de toute façon incapable au regard des volumes de patients en question.

6. Coordination et intégration

6.1. La coordination

Le Haut Conseil a, à plusieurs reprises, proposé des orientations en matière de coordination des professionnels³³. Ces orientations sont cohérentes avec la transformation de l'offre telle que proposée par le schéma prospectif, dont elles constituent un élément important.

Dans le système différencié proposé par le schéma prospectif, les besoins de coordination seront essentiels, tant entre les différents offreurs de soins ou de services, qu'entre les différents niveaux de prise en charge. Les gains attendus de la coordination (en qualité, en efficience, etc.) reposeront sur une amélioration de la gestion des cas les plus complexes, mais aussi, et peut être surtout, sur la masse des cas moins complexes.

A ce titre, le Haut Conseil considère que la fonction de coordination est d'abord une mission à part entière des offreurs eux-mêmes. La coordination doit non seulement être rendue possible mais aussi résulter de l'organisation et de la coopération des acteurs, et non l'inverse (l'organisation ne doit pas produire des besoins de coordination). Cela nécessite d'avoir à disposition la connaissance précise des ressources locales disponibles, des référentiels de prise en charge adaptés ainsi que la prise en compte du temps nécessaire à la coordination.

Cette mission suppose donc l'identification, et l'intégration aux structures d'offre elles-mêmes, de moyens humains et techniques :

- les moyens humains : personnels dédiés à cette fonction (infirmiers ou non) au sein des structures de soins structurées de proximité pluri-professionnelles (MSP, pôles, centres de santé) et au sein des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Ces personnels doivent pouvoir être financés sur des bases durables et doivent, selon les circonstances, pouvoir être mutualisés³⁴ ;

³³ Rapport et avis du HCAAM « Innovation et système de santé », juillet 2016 ; Avis du HCAAM « La coopération entre professionnels de santé », juillet 2014.

³⁴ Ce financement n'est pas forcément un financement ad-hoc, fléché sur le recrutement de personnel, mais peut passer par d'autres formes de soutien, par exemple des forfaits par patients incitant à mettre en place de la coordination.

- les moyens techniques : systèmes d'information et de communication performants, interopérables ainsi que des outils communs (répertoires opérationnels de ressources, messageries sécurisées, dossiers partagés, outils d'évaluation des situations et des patients, d'orientation, référentiels adaptés...)

La coopération effective et durable entre offreurs de soins, sociaux et médico-sociaux sur un territoire pourra ainsi se négocier et s'organiser localement entre acteurs regroupés responsables, avec le concours des CPTS. A terme, cette organisation de la coopération doit concerner l'essentiel des prises en charge, tant sur le plan médical que sur le plan social.

Le Haut Conseil estime, toutefois, que de façon transitoire, et à terme pour certaines situations très spécifiques, il est légitime de conserver un certain nombre de dispositifs de coordination externes aux offreurs.

Les pouvoirs publics ont développé ces dernières années de nombreux dispositifs destinés à améliorer la coordination des prises en charge pour certaines situations ou pour des segments de la population³⁵. De l'avis unanime des membres du Haut Conseil, l'empilement de dispositifs hétérogènes, aux missions et à la gouvernance proches mais toujours légèrement différentes, mal répartis sur le territoire, parfois peu connus des patients ou des professionnels, doit cesser.

A terme, ces fonctions de coordination externes doivent être résiduelles, subsidiaires ou interstitielles, par rapport aux dispositifs de coordination intégrés aux différents offreurs. Ces outils seront dédiés à des situations précisément définies, celles que le réseau d'acteurs coordonnés n'est pas en mesure de traiter sans démultiplier ses coûts.

De manière transitoire, ces outils de coordination externe ont bien entendu leur utilité. Leur transformation et la rationalisation de leur offre doivent cependant être organisées et planifiées conjointement avec la montée en puissance des capacités de coordination des offreurs.

Le Haut Conseil appelle donc à ce qu'un plan cohérent de rationalisation de cette offre de coordination soit résolument entrepris et que les différents niveaux d'organisation voient préciser leur champ dans la coordination (les équipes de soins primaires dans la coordination autour du patient en routine ; les CPTS pour la coordination de la réponse aux besoins de la population d'un territoire ; PTA pour répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux des patients très complexes).

En finir avec le foisonnement de dispositifs de coordination

Alors même que le recensement des dispositifs de coordination, présenté en annexe 3, n'est probablement pas exhaustif, il présente 17 modes ou conditions d'exercices, dispositifs spécifiques de coordination et incitations financières à la coordination qui peuvent se déployer en même temps sur le même territoire. Pilotés ou impulsés par différents acteurs (Etat – Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de la santé (DGS), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) - ; Assurance maladie ; collectivités territoriales ; professionnels...), ils apparaissent comme concurrents, l'ARS étant supposée « coordonner » ces coordonnateurs... Cette situation, qui se maintient malgré les appels réguliers à une rationalisation de ces fonctions, est devenue intolérable à plusieurs égards.

Elle produit dans la réalité quotidienne des professionnels et des usagers des effets désastreux. Ce maquis conduit, pour les professionnels, à un sentiment de concurrence généralisée entre les dispositifs, structures et programmes, doublé d'une confusion quant à leurs responsabilités propres. Il génère chez les usagers et les citoyens, un sentiment d'inégalité d'accès à ces services, mal connus et mal répartis sur le territoire. Cette situation génère une sous-utilisation de ces services.

Elle mobilise des ressources importantes en termes de financements publics (et sans doute en temps pour les différents professionnels impliqués) : en ne retenant que les « petits » dispositifs de la liste en annexe, mobilisant chacun moins de 80 M€ par an, la dépense représente près de 250 millions d'euros annuels.

³⁵ Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, PAERPA, MAIA, CLIC, etc.

Les résultats atteints par cet investissement massif sont inconnus : si certains dispositifs sont parfois évalués, ils le sont ponctuellement et au regard de leurs propres objectifs. Or, compte tenu du niveau de l'investissement, c'est l'ensemble de cette politique et donc les résultats de l'ensemble des dispositifs combinés qui devraient être évalués dans le même mouvement.

L'efficacité globale de cet investissement considérable est douteuse ; l'efficacité de chaque dispositif est, compte tenu des méthodologies retenues, sujette à caution pour ceux affichant des « coûts par bénéficiaires » de quelques dizaines d'euros et simplement exorbitante pour ceux qui ont fait l'objet d'une analyse sérieuse.

Le Haut Conseil appelle à ce que les pouvoirs publics analysent globalement ces dispositifs dont la rationalisation permettrait de réaffecter des ressources non négligeables à la constitution d'une première ligne intégrant de manière efficiente les fonctions de coordination.

6.2. L'intégration et les parcours

De nombreux travaux ont été consacrés à l'intégration en santé³⁶. Ainsi, la HAS définit l'intégration comme « un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ces techniques peuvent porter sur le financement, l'organisation administrative et les soins. A l'inverse de la coordination entre organisations, qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant ».

Le schéma prospectif proposé par le Haut Conseil s'inscrit dans cette perspective. Il entend, par diverses mesures, améliorer les prises en charge de chaque patient, leurs « parcours ». Le Haut Conseil souligne, à ce titre, que l'enjeu n'est pas de créer des parcours types mais des organisations rendant possible des trajectoires « fluides » et individualisées, en « routine » en dehors des dispositifs expérimentaux ou dérogatoires, et ceci de façon généralisée (offre universelle). Il s'agit d'assurer une accessibilité adéquate à des soins dont la nature est peu prévisible et de placer le patient au centre.


Dès lors, l'intégration clinique est un élément essentiel du schéma prospectif proposé par le Haut Conseil. L'intégration des organisations elles-mêmes, sur le plan économique et fonctionnel, pose, quant-à-elle, des questions complexes qui justifient de poursuivre la réflexion sur ce sujet.

a) Une intégration clinique indispensable

L'intégration clinique est un processus d'organisation et d'institutionnalisation de l'intégration des soins permettant de coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque patient : il s'agit d'organiser collectivement et durablement les coopérations nécessaires entre professionnels pour la prise en charge des patients, voire de la population, dans une perspective globale de santé. Il s'agit, pour les professionnels, d'assumer collectivement une responsabilité partagée, étant entendu que ce processus se fait entre acteurs gardant chacun sa propre autonomie et sa responsabilité propre.

Le schéma prospectif proposé par le Haut Conseil encourage cette intégration en mettant l'accent sur la constitution et le développement d'entités telles les CPTS, le regroupement des professionnels et à tous les niveaux du système de santé la reconnaissance de responsabilités d'équipes. Selon les problématiques, tout ou partie des professionnels doivent être impliqués : aussi bien les professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, etc.), que les professionnels hospitaliers ou les professionnels du secteur social et médico-social.

³⁶ Voir notamment « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », Note méthodologique et de synthèse documentaire, Haute Autorité de Santé, septembre 2014 ; « Intégration des soins dimensions et mise en œuvre », André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez, Rupture, revue transdisciplinaire en santé, vol 8, n°2, 2001.



L'intégration clinique a besoin d'espaces d'échange et de concertation permettant de définir les objectifs, les rôles de chacun, les méthodes, les outils nécessaires (notamment de communication), l'organisation clinique à retenir.

Ainsi, le Haut conseil considère qu'une des tâches essentielles confiées aux CPTS en lien avec les acteurs des établissements de santé et du secteur médicosocial devra être de produire des consensus organisationnels autour de pathologies, de situations cliniques ou de services à rendre. Il s'agit là d'arriver à élaborer en commun de véritables programmes cliniques, organisant, pour améliorer les résultats, les modalités d'intervention de chacun. La coordination plus globale du système sur un territoire reste, au-delà des pistes déjà explorées, un sujet à approfondir.

Les médecins spécialistes des établissements et de ville ont un rôle particulier à jouer dans cette structuration dans leur domaine de compétence.

Le Haut Conseil souligne que cette ambition nécessite de réels moyens en temps pour les professionnels, mais pas uniquement. Seront notamment nécessaires : des référentiels nationaux exploitables au niveau local pour nourrir la définition et l'utilisation de protocoles communs dans certaines prises en charge ou certaines activités ; la capacité de s'appuyer sur des systèmes d'information performants.

b) Une intégration des organisations à envisager de façon raisonnée

A l'heure où se développent de nombreux projets d'intégration verticale ou horizontale des organisations de soins, le Haut Conseil considère que ces projets doivent être étudiés avec prudence.

En ce qui concerne la première ligne, des formes d'intégration horizontales sont indispensables pour mettre en place des structures regroupées pluridisciplinaires ou des équipes de soins primaires. De même, au niveau des établissements de santé, des formes de regroupements ou de mutualisations horizontales sont nécessaires pour apporter une réponse plus cohérente et plus efficiente aux besoins.


Il faut cependant souligner que les fusions entre organisations et structures n'apportent aucun bénéfice sans intégration clinique et intégration des services³⁷. L'intégration des organisations elles-mêmes n'est pas suffisante pour conduire aux soins intégrés. La constitution d'ensembles trop vastes ou hétérogènes peut de plus conduire à des coûts supplémentaires ou une baisse de la qualité.

En second lieu, en cas d'intégration verticale, le risque est important de voir apparaître ou se renforcer les logiques de filière :

- venant déstabiliser la construction de la première ligne de prise en charge en organisant des solidarités et des approches verticales là où une approche horizontale (collaboration avec l'ensemble des acteurs de la première ligne) est souhaitée ;
- venant renforcer les logiques de séparation de filières entre secteur public et secteur privé ;
- créant des risques d'arbitrage, au sein du même ensemble, en faveur du renforcement des moyens les plus spécialisés au détriment des moyens de proximité qui peuvent alors se transformer en simples points d'entrée dans le système hospitalier. Dans cette hypothèse, la gradation des soins serait en péril, les coûts de prise en charge, grevés par les coûts fixes hospitaliers, seraient élevés ;
- posant des problèmes de loyauté de la concurrence entre les acteurs : en l'état actuel des forces en présence, le dialogue entre les structures de type hospitalier et les acteurs de ville se ferait au détriment de ces derniers. Les capacités pour les acteurs de ville de mettre en place eux-mêmes des filières intégrées seraient, de fait, fort limitées.

En tout état de cause, dans l'hypothèse où ce type d'intégration serait envisagé, le Haut Conseil souhaite que les relations financières et économiques entre l'offreur de première ligne et l'offreur de 2^{ème} ou 3^{ème} ligne ne

³⁷ Ham C, Imison C, Goodwin N, Dixon A, South P. « *Where next for the NHS reforms? The case for integrated care.* » London: The King's Fund; 2011, cité dans « *Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ?* », Note méthodologique et de synthèse documentaire, Haute Autorité de Santé, septembre 2014



conduisent pas aux dérives évoquées ci-dessus. Une méthode pourrait être, dans ce cas, que l'entité de première ligne soit une filiale, soumise aux mêmes obligations d'équilibre économique que les autres offreurs de ce niveau et qu'elle adopte les mêmes statuts juridiques que les entités de cette ligne. A titre d'exemple, les MVZ allemandes, qui peuvent être créées à l'initiative des hôpitaux, sont dans ce cas des filiales qui, comme les autres structures du même type, sont de droit privé.

Au sein même des 2^{ème} et 3^{ème} lignes, il est, par ailleurs, nécessaire de tenir compte de l'offre territoriale existante. Dans les territoires où l'offre de 2^{ème} et 3^{ème} ligne est faible ou fragile, le Haut Conseil encourage la collaboration, la coalition d'acteurs, voire l'intégration organisationnelle partielle (par exemple pour l'exploitation commune d'équipements lourds) ou totale, entre établissements, publics comme privés, si elle est nécessaire pour maintenir l'offre. Dans les territoires où il existe une offre abondante, le Haut Conseil considère que le risque de création de monopoles ou de duopoles nécessite le maintien d'une pluralité d'offres, à même de favoriser une diversité de choix pour les patients et de l'émulation entre les établissements.

c) L'apport du numérique

La question du numérique appellerait d'importants développements. Dans son rapport de 2016 relatif à l'innovation dans le système de santé, le HCAAM soulignait la nécessité pour notre pays de prendre de façon résolue le tournant numérique dans le domaine de la santé. Il notait l'absence de stratégie et les insuffisances notoires du pilotage qui paralysaient l'action publique et ne permettaient pas aux acteurs de s'inscrire dans une dynamique porteuse. Il faisait de nombreuses propositions qui restent pour la plupart d'actualité.

Dans le cadre du présent avis, le HCAAM appelle à une intégration numérique effective. Le schéma prospectif proposé ne peut évidemment pas être mis en œuvre sans que soient mobilisés les outils numériques qui permettent de rendre accessibles aussi bien aux usagers qu'aux professionnels les nouveaux services et les nouveaux outils qu'ils sont en droit d'attendre.

Une intégration de l'ensemble des acteurs du réseau de proximité comme des structures de recours ou de référence dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale.

Le développement d'outils numériques innovants doit faciliter l'orientation du patient, son accompagnement à long terme, ses contacts avec les professionnels de santé. Il doit également permettre de simplifier les conditions d'exercice des professionnels et de résoudre les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations.


La mobilisation de données de santé au service de l'action de transformation est cruciale. Les acteurs locaux doivent disposer des données relatives aux états de santé, aux recours ainsi qu'aux pratiques et résultats obtenus dans les territoires.





Troisième partie : la régulation au service du projet de transformation





Le scénario de rupture proposé par le HCAAM constitue, à n'en pas douter, une véritable révolution. Une révolution dans la logique de fonctionnement du système, nécessaire pour répondre au mieux aux besoins de la population et à l'aspiration légitime à davantage de justice dans tous les territoires. Une révolution, qui prend cependant appui sur les acquis fondamentaux du système de santé français pour en tirer le meilleur parti et lui ouvrir des perspectives de progrès renouvelées.

Si l'ambition du projet peut être mobilisatrice pour les usagers aussi bien que pour les professionnels, il ne faut pas mésestimer les obstacles qui s'y opposent : contraintes de l'instant, résistance au changement, difficulté d'une transformation globale. Relever ce défi suppose une capacité de pilotage stratégique qui fait aujourd'hui défaut dans notre système. Sans revenir sur des débats institutionnels bien connus, le HCAAM entend par conséquent mettre en exergue trois prérequis indispensables pour donner quelque chance de réussite au projet qu'il soutient :

- La constitution au niveau national d'une réelle capacité stratégique.
- La mise en place d'une force de pilotage du changement dont la mise en œuvre soit largement déconcentrée.
- L'adoption de nouvelles méthodes d'action privilégiant simplicité et rapidité.

Il lui semble également essentiel d'identifier dès à présent les questions que pose la transition vers un nouveau modèle. A quelles conditions peut-on espérer réussir le changement ? Quels obstacles faut-il lever ? Quels sont les risques qu'il faut anticiper et les façons de s'en prémunir ?

1. Mettre en place un pilotage stratégique et prendre en charge les problèmes de la transition

1.1. Constituer au niveau national une réelle capacité stratégique

La demande est forte pour un Etat stratège dans le domaine de la santé, capable d'anticiper et de dessiner des perspectives à moyen terme suffisamment claires pour permettre à l'ensemble des acteurs de positionner leur action. Mais, si des éléments existent, les forces permettant de constituer aujourd'hui la capacité nécessaire au Ministre en charge de la santé pour asseoir la dimension stratégique de son action ne sont pas à la hauteur des enjeux. Il n'appartient pas au HCAAM de se prononcer sur la solution institutionnelle à retenir, les missions qui devraient être remplies méritent toutefois d'être précisées :

- Documenter une vision articulant le court et le moyen terme et permettant de coordonner sur une trajectoire réaliste l'ensemble des acteurs du système.
- Apporter l'expertise nécessaire au pilotage stratégique, en lien avec les différentes directions ministérielles, caisses nationales d'assurance maladies et agences, de façon transversale aux champs sanitaire, médicosocial et social : pour l'appui aux démarches de planification, à la politique d'investissement, au pilotage d'ensemble des ressources humaines, à la régulation économique et financière notamment.
- Constituer la tête de réseau de moyens mutualisés dans les directions de la stratégie des ARS pour fournir à la démarche décentralisée qui est proposée l'outillage nécessaire et structurer le suivi des initiatives de terrain qu'il convient de favoriser et de capitaliser.

Pour remplir ces missions, il est nécessaire de :

- Mobiliser des compétences aussi bien économiques, statistiques et géographiques que médicales et relatives aux systèmes d'information, enrichies si possible d'une expertise juridique et sociologique.
- Mobiliser les résultats de la littérature académique et les enseignements des expériences étrangères.

- Fonder les travaux sur l'exploitation des données aux différentes échelles pour élaborer des analyses rendant compte des interactions et des comportements des différents acteurs ainsi que de la dimension territoriale, aux fins d'observation de l'existant, de construction d'outils de modélisation et d'évaluation ex-ante aussi bien qu'ex-post des actions entreprises et des dispositifs mis en place.
- Disposer de capacités d'animation d'un réseau d'acteurs et de diffusion des connaissances.

Mette en place les moyens d'une analyse stratégique au niveau national est indispensable. C'est chose possible, en changeant d'échelle les moyens modestes aujourd'hui disponibles au Ministère de la santé.

Dans d'autres secteurs de tels moyens existent. Il n'est que d'examiner ceux consacrés aux analyses stratégiques dans le secteur de la défense. Des systèmes étrangers ont su se doter de telles capacités.

1.2. Mettre en place une force de pilotage du changement associant l'ensemble des acteurs et largement déconcentrée au niveau régional dans sa mise en œuvre

La transformation proposée engage l'ensemble des acteurs du champ de la santé entendue au sens large et nécessite une synchronisation de l'action dans les différents secteurs et à différentes échelles.

Elle suppose tout d'abord une unité de vue des acteurs nationaux surmontant les cloisons institutionnelles qui peuvent paralyser l'action : acteurs de la santé mais aussi de l'enseignement supérieur et de la recherche, acteurs de l'Etat mais aussi de l'assurance maladie, représentations professionnelles dans leurs différentes dimensions, représentations institutionnelles des assurés, usagers et patients. Cette unité de vue doit s'exprimer par des orientations gouvernementales claires.


Le pilotage et le suivi général doit être confié à une gouvernance, associant au niveau national l'ensemble des parties prenantes de la transformation. Les orientations générales, les programmes de formation, les textes fixant les cadres des nouvelles organisations à mettre en place, ceux des exercices professionnels ou du financement du système relèvent bien sûr de la responsabilité nationale. C'est à ce niveau, national, que doit être portée la préoccupation d'égalité garantissant à chacun une même qualité de prise en charge sur le tout le territoire et la prise en compte de besoins différenciés. Cette exigence doit se concrétiser par un rééquilibrage des moyens entre régions et le développement de marges de manœuvre régionales permettant une réduction des inégalités intra régionales.

Mais le pilotage concret d'une transformation destinée à s'adapter à la réalité diverse des territoires et à s'appuyer sur une dynamique d'acteurs de terrain, comme y invite le législateur, doit s'effectuer au niveau régional et être confiée aux ARS et à leurs délégations territoriales, en liaison avec l'assurance maladie.

A ce niveau, régional ou territorial, l'initiative devrait être encouragée permettant dans un cadre à définir des approches dérogatoires pour répondre à des situations spécifiques.

Dans cette démarche d'accompagnement du changement les ARS doivent pouvoir s'appuyer sur des moyens d'analyse, notamment territoriale et sur une ingénierie solide. Des outils d'analyse stratégique sont à développer au niveau national. On insistera sur les outils d'analyse territoriale prospectifs et dynamiques sur lesquels doivent pouvoir s'appuyer les ARS. Dans l'ingénierie d'accompagnement du changement figure également la capacité des ARS à accompagner les professionnels et structures de soins. Là aussi, il conviendrait de mettre à leur disposition un appui mobilisant des compétences qui leur manquent parfois dans les domaines de la gestion des ressources humaines et des différentes catégories d'établissements notamment. Il est important, enfin, que les porteurs de projet notamment de CPTS, bénéficient d'un accompagnement et d'interlocuteurs identifiés.

Les ARS doivent fédérer autour de cette démarche l'ensemble des acteurs du territoire au premier rang desquels les collectivités territoriales, régions, départements et intercommunalités.



1.3. Adopter de nouvelles méthodes d'action privilégiant simplicité et rapidité ; participation et autonomie des acteurs

L'action publique dans le champ de la santé se caractérise par un foisonnement d'interventions et de normes qui ne cesse de s'amplifier et provoque un véritable collapsus du secteur. La multiplicité des donneurs d'ordre nationaux aboutit à une complexité que ne peuvent corriger les efforts de coordination heureusement entrepris. La difficulté à tracer une direction claire et à trancher certains choix conduit, de plus, à un processus d'expérimentation quasi-perpétuel qui ajoute à la complexité déjà grande du système et épuise les plus entreprenants.

Des simplifications radicales sont par conséquent à entreprendre pour redonner de la clarté à l'action publique et des latitudes aux acteurs du changement.

Le HCAAM identifie ici quelques orientations susceptibles d'être retenues :

- Assortir les orientations de priorités et d'un calendrier.
- Procéder à une revue générale des missions permettant de concentrer l'action publique sur l'essentiel aussi bien au niveau national que régional.
- Redonner de l'autonomie aux acteurs dans un cadre de responsabilité clair qu'il s'agisse des ARS, des établissements, des collectivités professionnelles, des usagers.
- Définir une doctrine d'action identifiant les moyens dont les différents acteurs doivent être dotés pour assumer les responsabilités qui leur sont confiées.

Le processus à mettre en œuvre ne réussira que si le pari est fait de la responsabilité et de l'engagement de chacun. Ceci nécessite de prendre très au sérieux la nécessité de donner aux acteurs aux différents niveaux du système la capacité de faire, d'observer les résultats des actions entreprises et d'en tirer collectivement les enseignements pour orienter les efforts. La responsabilité du niveau national est de fournir le cadre cohérent avec les orientations fixées et un outillage, fondé notamment sur la mobilisation des données observées, pour permettre aux acteurs d'agir effectivement.

Les outils du DPC doivent en particulier être mobilisés.

Ce processus devrait s'appuyer dans la durée sur une démarche collective de réflexion et d'apprentissage, fondée sur le retour d'expérience partagé, croisant les points de vue et les mettant à l'épreuve des connaissances académiques mais aussi des preuves empiriques. Une telle démarche n'a malheureusement jamais existé dans le système de santé français, empêchant l'émergence d'une culture commune et favorisant l'exacerbation de conflits nourris par de légitimes divergences d'intérêts ou de points de vue, mais aussi par une bonne part de méconnaissance des uns et des autres. Cette démarche devrait être déployée à tous les niveaux et impliquer l'ensemble des acteurs administratifs ou professionnels de santé, de l'Etat ou de l'assurance maladie, du sanitaire comme du médicosocial...

1.4. Prendre en charge les problématiques de la transition

Changer de système a de quoi effrayer et mérite que l'on s'attache avec la plus grande attention à la question de la transition.

Quelles garanties peut-on donner aux usagers de trouver toujours la réponse à leurs besoins, au minimum aux standards actuels ? Quelles capacités donne-t-on aux professionnels et aux structures de soins pour s'inscrire dans le schéma proposé et assumer les missions que l'on souhaite leur y confier ? En même temps des signaux forts doivent être donnés aux acteurs et des priorités clairement affichées. Des étapes doivent être identifiées dans un calendrier crédible.

a) Comment garantir le maintien du service attendu à l'usager et au patient dans tous les territoires

Le renforcement et la structuration des acteurs de proximité est l'élément clé de réponse à cette question. D'ores et déjà leur faiblesse est extrêmement péjorative pour la prise en charge des patients chroniques et des personnes âgées, avec une perspective de dégradation dès à présent très perceptible dans certains territoires. On l'a montré, ne pas structurer la proximité, c'est condamner les établissements à l'asphyxie et laisser la qualité des prises en charge se dégrader inéluctablement dans l'ensemble des compartiments du système de santé.

C'est la raison qui conduit le HCAAM à faire du déploiement de CPTS dotées de moyens et d'une autorité suffisants sur l'ensemble du territoire une priorité. La généralisation de formes d'exercices regroupés qui suppose la mise en place rapide de cadres nouveaux et pérennes pour leur financement (sur la base de prototypes à définir à très courte échéance) est une autre priorité, de même que le déploiement de l'offre de Centres hospitaliers communautaires et la mise en œuvre rapide d'améliorations minimales dans l'articulation entre sanitaire et médicosocial.

Le déploiement d'un SI permettant à l'ensemble des professionnels et structures de communiquer est également une priorité absolue.

Les budgets à dégager et les moyens à déployer ne sont pas négligeables.

Il faut probablement consentir un effort financier transitoire.

Un suivi précis de la montée en charge des services rendus par le réseau de proximité et de leur qualité doit corrélativement être mis en place.

Ce suivi devrait être confié à l'autorité de pilotage, associant l'ensemble des acteurs et permettant d'apprécier non seulement le degré de déploiement des moyens mais aussi l'atteinte de résultats attendus.

b) Comment permettre aux professionnels et aux structures de s'inscrire dans le nouveau schéma

On sait que le recours au système de santé est appelé à croître au cours des années prochaines, comme conséquence du vieillissement mais aussi et surtout de la poursuite du progrès scientifique et technique. Cette croissance, associée au désir de bien-être, fait s'interroger d'ailleurs sur les limites que l'on peut vouloir apporter à la croissance des dépenses de santé, point sur lequel on reviendra plus loin.

La problématique de réorientation des moyens au sein du système de santé, nécessaire pour mieux répondre aux besoins de la population, n'est par conséquent pas celle d'un secteur en déclin, au sein duquel l'emploi serait amené à diminuer. Bien au contraire ! Le secteur de la santé est un secteur appelé à employer des professionnels en nombre croissant et de mieux en mieux formés. Cependant comme tous les secteurs, le secteur de la santé sera amené à modifier l'orientation de ses activités et de ses structures pour s'adapter à l'évolution des besoins aussi bien que des sciences et des techniques. Dans ce secteur comme dans d'autres, comme cela a d'ailleurs été le cas par le passé, les professionnels connaîtront des évolutions dans le contenu de leur activité ou dans son cadre d'exercice.

Il s'agit de donner aux professionnels les moyens de trouver dans la transformation proposée des chances d'évolutions professionnelles enrichissantes et positives. C'est tout l'enjeu des assouplissements à apporter aux conditions de formation et de gestion des ressources humaines qui ont été mentionnées plus haut.

Pour fixer les idées sur certains ordres de grandeur des transformations à anticiper, on peut s'appuyer sur la prospective des activités hospitalières à l'horizon de 30 ans récemment réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). On manque de tels exercices prospectifs qui devraient être plus systématiquement réalisés et enrichis³⁸.

³⁸ On ne dispose d'un tel exercice à un niveau plus fin que dans le champ du cancer à l'initiative d'UNICANCER.



Plusieurs conclusions peuvent être tirées de ce travail :

- Quel que soit le scénario prospectif retenu, le recours aux établissements de santé continuera de croître à l'avenir.
- L'incertitude porte en réalité sur l'ampleur du raccourcissement des durées de séjour et du développement des activités sans hébergement. Cette incertitude est à relier de façon directe à celle qui pèse sur la structuration de capacités de prise en charge des personnes âgées dépendantes et des patients chroniques stabilisés dans le réseau de proximité. Elle concerne essentiellement les disciplines médicales.
- Quoiqu'il en soit, le nombre d'équivalents-journées en établissement demeure stable dans le scénario de la convergence. La traduction en termes d'effectifs employés est à préciser car la transformation des prises en charge s'accompagnera sans doute d'une densification des moyens mobilisés dans un certain nombre de cas.

Des objectifs plus volontaristes peuvent bien sûr être retenus, mais ils doivent être indexés sur ceux atteints dans la structuration du réseau de proximité.

Dans tous les cas des travaux doivent être engagés pour fournir un éclairage sur les trajectoires d'emplois prévisibles à moyen-long terme, tant au niveau national qu'au niveau régional.

2. Confier aux ARS un rôle de régulateur des services rendus à la population

Les Agences régionales de santé mises en place à la suite de la loi de 2009 sont désormais bien installées dans le paysage institutionnel, réalisant une intégration de l'ensemble des forces de l'Etat et de l'assurance maladie, dans le cadre original d'un nouvel établissement public placé sous la tutelle directe du Ministre de la santé et des solidarités.


Elles ont un rôle central à jouer dans l'accompagnement de la transformation proposée, on ne reviendra pas sur ce point. Mais, à moyen terme, leurs missions devraient évoluer pour faire d'elles de véritables autorités régionales en charge de la régulation du système de santé sur le territoire.

Aujourd'hui, les ARS ont un rôle complexe et à certains égards ambigu. Elles sont chargées de la planification de l'offre dans le champ sanitaire, de la régulation de son fonctionnement et de nombreuses tâches de contrôle. Elles interviennent conjointement avec les conseils départementaux sur le secteur médicosocial. Elles exercent, par ailleurs, au nom de l'Etat une responsabilité particulière vis-à-vis des établissements publics de santé, leur gouvernance et les conditions de leur gestion.

Le HCAAM estime que la réflexion engagée sur la régulation du système de santé doit être poursuivie pour définir les conditions requises pour faire des ARS des autorités de régulation, chargées d'assurer que les services attendus du système de santé sont effectivement rendus sur l'ensemble du territoire et pour toute la population.

Une telle évolution est cohérente avec un schéma de régulation du système dirigé par la demande (et non l'offre comme c'est le plus souvent le cas aujourd'hui). Elle suppose une définition de services attendus au niveau national et une déclinaison régionale voire territoriale de ces services attendus, définis sous l'autorité de l'ARS en concertation avec les différentes parties prenantes du système. L'ARS serait alors en charge d'incarner cette demande et de vérifier les conditions de sa satisfaction. Incarner cette démarche peut se traduire par des formes diverses de contractualisation ou des appels d'offre. Il ne lui appartiendrait plus d'intervenir dans l'organisation-même de cette offre, sauf en cas de défaillance des acteurs.

Dans une telle démarche, les services attendus peuvent être appréciés en termes de moyens mis en œuvre, mais ils doivent surtout être évalués en termes de résultats atteints, en intégrant de façon majeure la dimension de la qualité. Cette approche doit être au centre du débat démocratique à faire vivre au niveau national



et bien sûr régional dans les instances de la démocratie sanitaire. C'est un changement fondamental de métier pour les ARS qui suppose qu'elles soient dotées de compétences dont elles ne disposent pas aujourd'hui et allégées de nombreuses tâches qui alourdissent leur gestion actuelle.

Symétriquement, dans une telle démarche, les acteurs en charge de l'offre doivent être dotés d'une grande autonomie d'action allant de pair avec une responsabilité accrue. Cette dimension fait bien sûr partie de la réflexion à conduire.

Certaines ARS se sont déjà engagées dans une telle démarche et certains sujets pourraient en constituer de premiers points d'application, par exemple : la mise en œuvre de certaines actions de prévention, le déploiement d'organisations efficaces en santé mentale, la prise en charge sur un territoire de patients chroniques...

3. Permettre les redéploiements dans le cadre de la régulation financière et fixer le niveau des dépenses

3.1. Le niveau des dépenses de santé et leur financement ; différentes options possibles, mais une exigence de solidarité et de justice sociale

Le secteur de la santé est un des secteurs d'avenir de l'économie française dont la dynamique n'a aucune raison d'être bridée, tant elle répond à une attente justifiée de la population, alimentée à la fois par le vieillissement et le développement des pathologies chroniques et par des progrès de la science qui ne se démentent pas.

Savoir si la croissance spontanée des dépenses du système de santé est susceptible d'être conforme à l'évolution moyenne du produit intérieur brut (PIB) ou plus rapide est un débat ancien. A court terme ce débat renvoie aux gains d'efficacité qu'il est possible de réaliser dans le système et dont on sait qu'ils existent, mais aussi aux besoins non ou insuffisamment couverts. A plus long terme, la question posée est celle de la dynamique propre à un secteur qui est essentiellement un secteur de services (ce qui implique de faibles gains possibles de productivité) mais aussi le lieu d'innovations qui peuvent en modifier sensiblement le périmètre et les conditions de fonctionnement. En la matière on ne peut que constater la forte incertitude qui pèse sur les prévisions.

Il est en revanche nécessaire de se prononcer dans l'immédiat sur les modalités de financement des dépenses de santé et d'établir un lien avec les conditions de régulation de l'offre. C'est un chantier que le HCAAM a ouvert il y a quelques mois et sur lequel il va poursuivre ses travaux dans le courant de l'année 2018. Plusieurs options ont été identifiées, correspondant aux positions différentes portées au sein du HCAAM par ses différentes composantes :

- Une première option est celle de la rationalisation du mode de financement actuel qui se compose de deux ou trois étages (assurance maladie de base, assurance complémentaire obligatoire fortement encadrée par la régulation publique et assurance complémentaire facultative). Dans le cadre de cette option, les relations entre les professionnels et structures de santé se définissent dans les conditions actuelles. Une des questions posées est celle de l'identification claire des responsabilités des uns et des autres, question particulièrement sensible dans un contexte où les systèmes de tarification sont appelés à évoluer.
- Une deuxième option est celle d'une extension de la couverture maladie obligatoire en substitution du niveau actuellement couvert par les assurances complémentaires. Dans le cadre de cette option, les professionnels et structures de santé n'ont en première intention plus qu'un seul interlocuteur, l'assurance maladie obligatoire. On n'est pas loin d'un système national de santé.

- Une troisième option est celle d'une évolution visant à progressivement distinguer la responsabilité de l'assurance maladie de base et des assurances complémentaires sur des périmètres et selon des logiques de solidarité distinctes. Dans ce cadre, les relations des différentes catégories d'assureurs vis-à-vis des professionnels et structures de santé deviennent distinctes.

Quoiqu'il en soit, l'ensemble des membres du HCAAM s'accordent pour réaffirmer leur attachement au principe de solidarité entre bien portants et malades qui est au fondement de notre système et qui ne prend en considération que la maladie et son coût. Ce principe exprime en quelque sorte l'égalité de tous face à l'épreuve qu'est la maladie. Il doit être complété par un principe d'accessibilité qui justifie que des dispositifs de solidarité soient mis en œuvre, garantissant à tous l'accès à la santé. Le schéma prospectif proposé intègre aussi un souci de soutenabilité du système dans toutes ses dimensions en garantissant que chacun accède aux ressources adaptées à ses besoins.

3.2. Des modalités d'allocation des ressources ne faisant pas obstacle à la transformation

La gestion actuelle des composantes de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) n'est pas en cohérence avec les axes de la politique de santé. Comme le tableau suivant le présente (Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018), la différenciation des taux entre segments ne joue que sur quelques décimales de taux d'évolution (même si l'année 2018 constitue à cet égard une rupture relative par rapport aux années précédentes).

	Base 2018	2018 (objectif)	Taux d'évolution
Soins de ville	86,8	88,9	2,4%
Etablissements de santé	79,1	80,7	2,0%
Etab. et Sces médico-sociaux	20	20,5	2,6%
FIR	3,3	3,4	3,1%
Autres	1,7	1,8	5,7%
Annul crédits mis en réserve			
Total	190,9	195,2	2,3%


Rappel : dans la logique de construction de l'ONDAM, en outre, 0,3% de l'ONDAM voté est mis en provision (dotations en réserve), soit 586 millions d'euros en 2018.

L'observation du passé récent tend à indiquer que les mécanismes de négociation des objectifs d'évolution des dépenses et des économies à réaliser se fait par type d'acteur institutionnel, avec comme conséquence l'octroi de taux d'évolution très peu différenciés pour chacun et qu'il y a peu de fongibilité réelle, avec des réactions paradoxales (ex : « étonnement » devant l'augmentation des soins infirmiers en ville, des dispositifs médicaux à domicile... alors que c'est la résultante de la politique souhaitée).

L'une des conséquences de cette procédure segmentée de régulation est de donner une vision cloisonnée des gains d'optimisation possibles alors qu'une dépense consentie dans un segment du système peut conduire à des économies dans un autre segment ; et de peur de ne pas pouvoir observer ces économies (en raison notamment de freins sociaux), la dépense n'est pas consentie et la situation est figée. De ce fait, il est difficile d'opérer tout mouvement significatif entre acteurs institutionnels et de développer des activités transcendant le clivage entre acteurs existants.

Cette problématique a suscité à diverses époques des réflexions visant à décroisonner la gestion de l'ONDAM et à le « médicaliser »

Deux orientations apparaissent pertinentes pour le HCAAM :

- 
- Une augmentation significative des marges de manœuvre régionales, à travers une augmentation du fonds d'intervention régional (FIR), au titre du soutien à la réorganisation, aux mécanismes de coordination et d'intégration des soins, à l'amélioration de l'accès aux soins.
Dans ce cadre, une péréquation de l'enveloppe entre régions devrait prendre place afin de favoriser la réduction des inégalités d'accès en termes de densité de professionnels de santé par habitant. Les régions défavorisées sur ce plan doivent pouvoir dégager de nouveaux moyens afin d'attirer des professionnels, d'inciter à leur installation, d'améliorer le maillage des territoires. Un mécanisme de péréquation inter-régionale est nécessaire pour cela.
 - La constitution d'une « enveloppe activité » ville + hôpital (hors FIR et éventuellement hors médicaments qui pourraient faire l'objet d'une régulation spécifique), pour dépasser les problèmes actuels de fongibilité et faciliter les transferts d'activité au sein de cette vaste enveloppe. Dans la mesure où il s'agit d'une enveloppe large, incluant des transferts entre segments du système, on peut s'attendre à ce que l'objectif limitatif soit plus facile à respecter, globalement.
Les principes de régulation seraient les suivants :
 - Calcul du tendanciel (volume x prix), incluant des hypothèses sur les transferts, et une évolution « naturelle » des prix (compte tenu de l'inflation du coût des facteurs, des possibilités de gains de productivité)
 - Mobilisation accrue des outils de régulation professionnelle à des fins de maîtrise des volumes (formation, recommandations, actions sur la pertinence des soins, contrôles...)
 - Harmonisation des tarifs ville-hôpital à prestations identiques
 - Pour garantir le respect de l'enveloppe prévue, préemption en début d'année d'une partie des hausses de prix calculées, restituées à mi-année en fonction des résultats

En outre, pour certains segments de pathologies bien cernées en termes d'acteurs et de produits de santé (exemples : cancer, insuffisance rénale chronique, santé mentale...), la constitution des sous-enveloppes transversales est envisageable afin de gérer ces segments de manière médicalisée, prenant en compte l'évolution de l'épidémiologie, des progrès thérapeutiques, des évolutions de prise en charge, etc.

En tout état de cause, il est nécessaire d'engager une prospective pluriannuelle de l'ONDAM, en estimant les nombres de recours, le type de recours, en analysant le partage volume/prix, etc.

Dans cette réflexion prospective, doit prendre place un débat sur la méthode et la période de transition : les changements d'organisation envisagés du système de santé devant se dérouler sur plusieurs années.


3.3. Un nouveau cadre de tarification

Les évolutions des modalités de tarification doivent s'envisager en seconde approche, en cohérence avec les objectifs de réorganisation du système.

Le chantier « tarification » de la stratégie de transformation du système de santé, confié à Jean-Marc Aubert, doit produire des orientations en la matière.

Le HCAAM, au vu de ses travaux menés dans le cadre du rapport sur l'innovation et lors du séminaire sur la régulation du système, a toutefois dégagé quelques axes :

- La gestion des nomenclatures utilisées pour les actes ambulatoires (Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune aux actes médicaux (CCAM), Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM)) devrait adopter la logique envisagée il y a vingt ans : distinguer nettement le travail technique de définition des actes et de hiérarchisation des actes entre eux (incluant l'estimation du coût de la pratique), d'une part, et la tarification qui ne devrait consister qu'à fixer la valeur du point relatif fixant la hiérarchie des actes, d'autre part. C'est ce qui se passe en secteur hospitalier où l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) établit la classification



en groupes homogènes de malades (GHM), ainsi que l'échelle relative de coûts, avant que le ministère de la Santé, dans le cadre des règles de gestion de l'ONDAM, fixe le taux d'évolution des tarifs. En outre, ces nomenclatures sont peu évolutives, peu maintenues, alors que certains domaines, en particulier la biologie, connaissent des évolutions technologiques rapides ; la NABM est de fait obsolète pour une grande partie de l'activité de biologie hospitalière (plus de 500 actes innovants sont en attente d'inscription à la nomenclature...).

Il est proposé, pour résoudre ces questions, de créer une Agence des nomenclatures, pour les actes réalisés en ville comme à l'hôpital, qui aurait la charge de ce travail technique, qui doit être mené indépendamment des négociations tarifaires. Elle dégagerait les moyens nécessaires pour réaliser une veille sur les technologies et les pratiques, réaliser des études de coûts, maintenir les nomenclatures en inscrivant les nouveaux actes et en supprimant les actes obsolètes, assurer la cohérence des nomenclatures des différents acteurs exerçant en ville ou en établissement.

- La gestion des expérimentations en matière d'innovation organisationnelle a montré dans le passé un grand nombre de limites : lourdeur administrative pour les porteurs de projets, financements dérogatoires non pérennes, ne donnant aucune visibilité aux acteurs, évaluations incomplètes, non prise de décision à l'issue des expérimentations, changements de cap donnés à ces expérimentations,... Cette situation est liée en partie à une gestion de projet insuffisamment structurée au plan national comme au plan régional, et surtout à un manque de vision sur l'organisation cible souhaitée, si bien que ces expérimentations ne trouvaient pas leur place dans le cadre d'une organisation par ailleurs inchangée, se heurtant en particulier aux cloisonnements entre secteurs et aux rigidités du système tarifaire.

A l'heure où une nouvelle vague d'expérimentations organisationnelles est attendue, dans le cadre du dispositif mis en place par l'article 51 de la LFSS pour 2018, les mêmes erreurs ne doivent pas être reproduites. Ce dispositif devrait avoir pour but d'identifier et de financer des prototypes organisationnels compatibles avec l'organisation cible ; on peut en effet envisager plusieurs configurations d'organisation des soins en fonction des spécificités des territoires, sans doute 3 ou 4 configurations possibles (par exemple, une MSP associée à un hôpital de proximité couvrant un territoire rural ; une équipe de soins primaires organisée sur plusieurs sites dans les territoires plus denses, etc.). Une doctrine nationale devrait être élaborée dans cet esprit à destination des futurs porteurs de projets.

- Il paraît nécessaire de stabiliser les modalités de tarification des acteurs de soins primaires, avec 3 étages, organisés de manière pérenne et ne dépendant pas des aléas des négociations conventionnelles :
 - financement de la structure et des charges fixes (incluant le système d'information), pérenne ;
 - rémunération des services rendus, pas forcément sous forme exclusive de paiement à l'acte ; par exemple, pour l'éducation thérapeutique du patient, un forfait par patient peut être proposé, pour un programme comportant plusieurs sessions, piloté par des personnels formés à cette activité, ce forfait étant inscrit dans les règles de droit commun, afin de sortir de la situation actuelle, caractérisée par une lourdeur administrative, un financement non pérenne, freinant la diffusion de cette modalité de prise en charge ;
 - rémunération à la qualité en fonction d'indicateurs de résultats.

Ces éléments ne sont bien sûr pas exclusifs des évolutions plus larges à prévoir notamment dans le champ des tarifications hospitalières dans le cadre de la mission confiée à Jean-Marc Aubert.

4. Articuler la politique d'investissement avec la prospective organisationnelle

La politique d'investissement, en particulier l'investissement hospitalier, est un élément clef du schéma de transformation proposé par le Haut Conseil. L'investissement hospitalier constitue en effet un poste de dépense important. Sur la période 2002-2013, les établissements publics de santé ont investi 62 Md€. Plus fondamentalement, ces décisions d'investissement sont essentielles pour la transformation du système car elles ont des conséquences déterminantes sur l'organisation des prises en charge sanitaires du territoire d'implantation pour l'ensemble de la durée de vie de l'équipement, c'est-à-dire sur des décennies.

Les processus de pilotage des investissements doivent évoluer pour accompagner la transformation proposée du système et répondre aux défis de moyen terme : orientation en dehors de l'immobilier, vers des infrastructures structurantes (numérique notamment), aussi bien en établissement qu'en ambulatoire.

En effet, malgré l'avancée qu'a constituée la mise en place du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), le pilotage national des investissements rencontre des difficultés. Il ne dispose pas d'une prospective globale permettant de s'assurer de la pertinence des réductions capacitaires en médecine en l'absence de structuration des soins de ville par exemple (articulation besoins de santé, ressources humaines et investissement), ou de l'équilibre à 30 ans d'opérations supposant le maintien des tarifs de l'hospitalisation de jour. Cette situation est inévitable si l'on ne dispose pas du schéma prospectif que le Haut Conseil appelle de ses vœux.

Force est de constater, en outre, que l'investissement hospitalier, du moins pour les grands projets, est soumis à des cycles politiques qui font alterner des périodes de fort investissements, qui sont les fenêtres d'opportunité pour obtenir des financements à tout prix, et les périodes d'étiage. Cela peut conduire à un sous-investissement courant dans l'attente du grand projet qui permettra de développer (voire de justifier) un nouvel équipement ambitieux.

Au niveau local, la régulation par les ARS est trop faible pour bien orienter les décisions. Les ARS ne disposent souvent pas des compétences internes pour analyser les enjeux posés par l'investissement hospitalier, ni en termes d'effectif mobilisé, ni en termes de niveau d'expertise. Elles ne disposent pas d'une vision complète des évolutions prévisibles de l'offre sur leur territoire et des investissements susceptibles d'intervenir à court ou moyen terme, notamment ceux planifiés par les établissements de santé privés, mais également par d'autres acteurs (EHPAD, MSP, regroupements de professionnels libéraux). Le risque est ici que les cycles d'investissements des différents acteurs ne soient pas articulés, conduisant à des sous investissements ou des surinvestissements collectifs sur un territoire donné.

En définitive, le risque est grand de proposer à la population des équipements ne correspondant pas à ses besoins tout en contribuant au creusement de déficits.


Le Haut Conseil estime nécessaire de mettre en place un pilotage stratégique doté de moyens suffisants pour être en capacité de rendre des arbitrages cohérents avec une stratégie de moyen/long terme.

Trois orientations doivent être retenues :

a) Disposer d'éléments prospectifs

Des éléments prospectifs, englobant toutes les dimensions (immobilières, SI, etc.), doivent permettre d'identifier les activités nouvelles à développer et les besoins qui risquent d'être non ou mal couverts. Ils doivent s'accompagner d'une analyse et d'une réflexion sur la tarification et son évolution qui conditionnent l'équilibre des projets présentés. Sont nécessaires :

- une prospective ressource humaine permettant d'analyser le réalisme des projets au regard des perspectives d'emploi annoncées comme des besoins et des coûts qui y sont liés pour fournir effectivement le service ;
- une prospective sur les besoins en hospitalisation complète ou de jour intégrant les innovations technologiques, thérapeutiques, mais également organisationnelles. Cette prospective, du type de celle



réalisée par la DREES en 2008 et en 2016, doit intégrer des hypothèses réalistes ou des décisions qui sont autant de signaux pour les acteurs, notamment au regard des attentes, à 10 ou 15 ans, en termes de services hospitaliers (par exemple, veut-on à cette échéance que l'essentiel des séances de dialyse ou de chimiothérapie puissent se dérouler hors de l'hôpital ?) ;

- une prospective sur l'investissement régional embrassant l'ensemble des acteurs susceptibles de venir modifier les équilibres des établissements. A cet égard, le Haut Conseil propose de développer des schémas d'investissement régionaux à cinq et dix ans, coordonnant les prévisions d'investissements publics et privés, afin de disposer d'une vision cohérente éclairant les arbitrages des différents acteurs sur tel ou tel équipement.

b) Reconstituer des compétences aux niveaux nationaux et régionaux

Les moyens humains et en compétence consacrés au pilotage de l'investissement sont limités : quelques personnes à l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), au COPERMO ou dans certaines ARS sont mobilisées sur ce sujet. Le Haut Conseil recommande un renforcement des moyens humains consacrés à l'investissement en santé, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, pour qu'ils soient à la mesure des enjeux financiers et des enjeux d'organisation du système de santé.

Le pilotage stratégique de l'investissement doit être confié à la DGOS, en lien avec l'ANAP, chargée de développer l'outillage nécessaire aux établissements et aux ARS et de former et d'assister leurs équipes.

c) Normaliser la politique d'investissement des établissements

Le Haut Conseil considère qu'il est nécessaire de réétudier et d'adapter les signaux, notamment tarifaires, de court et long terme renvoyés par le système, pour permettre aux différents acteurs de se positionner plus rationnellement.

Il est urgent d'investir dans l'étude des modes de financement des investissements et d'identifier clairement ce qui relève d'un financement via les tarifs et ce qui relève d'un financement exceptionnel. Cela suppose d'analyser des questions complexes en s'appuyant sur de l'analyse économique qui existe dans d'autres secteurs ou et des méthodes de financement qui existent dans d'autres pays³⁹.

³⁹ Ainsi, dans le pilotage de l'investissement dans les chemins de fer en Allemagne, l'investissement courant est sanctuarisé hors tarifs (fond dédié) et les opérations exceptionnelles relève de l'autofinancement.



Annexe 1 : La gradation des prises en charge

	Soins de proximité / premier recours	Recours en proximité	Recours départemental	Recours régional, référence
Objectifs	Promotion de la santé et prévention, premier recours, régulation et gestion des soins non programmés (au moins de jour), éducation thérapeutique et suivi des malades chroniques ainsi que prise en charge gériatologique	prises en charge nécessitant des moyens humains et techniques spécialisés, en relative proximité	prises en charge nécessitant des moyens humains et techniques spécialisés, de second recours	Prises en charge les plus spécialisées
Population couverte	30 à 50 000 hab.	150-200 000 hab.	200-300 000 hab.	
Soins de ville	Médecins généralistes ; Infirmiers ; Pharmaciens ; Chirurgiens-dentistes (équipes de soins primaires) Spécialités de premier recours : gynéco, pédiatrie, ophtalmo, psychiatrie, stomato	Médecins spécialistes de second recours (cardio, gastro, pneumo...)		
Etablissements de santé	Etablissements communautaires : médecine polyvalente et gériatrique, SSR polyvalents, HAD	Etablissements hospitaliers comportant des plateaux techniques polyvalents, non spécialisés, et certaines disciplines médico-chirurgicales de court séjour	Etablissements hospitaliers comportant des plateaux techniques complets et l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de court séjour (hors activités de référence)	CHU, CLCC et certains établissements privés très spécialisés
Etablissements et services médico-sociaux	EHPAD, Soins à domicile Dispositifs de coordination, CLIC...			
Chirurgie		Disciplines chirurgicales de 1er niveau : orthopédie (si au moins 3 chirurgiens), digestif (au moins 3 chirurgiens), urologie, ophtalmo, ORL	Spécialisations spécifiques (chirurgie de la main, chirurgie vasculaire...), mobilisation d'équipements spécifiques (salles mixtes...)	Disciplines très spécialisées : neurochirurgie, chir cardiaque et vasculaire lourde, transplantations, grands brûlés...
Soins non programmés et Urgences	Centres de soins non programmés, ouverts au moins le jour et en soirée, y compris le week-end Régulation libérale	Etablissement avec plateau technique d'urgence de proximité	Etablissement avec plateau technique d'urgence d'appui	Etablissement avec un plateau technique d'urgence de recours
Réanimation / soins intensifs / surveillance continue		Unités de surveillance continue	Unités de soins intensifs, de réanimation	Réanimations spécialisées

	Soins de proximité / premier recours	Recours en proximité	Recours départemental	Recours régional, référence
Imagerie	Plateau technique de base : Imagerie conventionnelle, échographie, mammographie...	Idem + scanner, IRM	Plateaux complets polyvalents, y compris une partie importante de la radiologie interventionnelle	Plateaux et équipements hyperspécialisés ou très innovants (y compris radiologie interventionnelle)
Biologie	Centres de prélèvement Analyses courantes Biologie décentralisée	Ensemble du panel d'analyses nécessaires au diagnostic	idem	Spécialisations de type génétique moléculaire, médecine personnalisée en oncologie...
Maternité	Centres périnataux de proximité	niveau I (unité de néonate)	niveau II (soins intensifs néonataux)	Niveau III (réanimation néonatale)
Cancérologie	Soins palliatifs, fins de vie à domicile	Possibilité de centre de chimiothérapie associé	Chirurgie cancérologique Radiothérapie	Activités de recours
Néphrologie	Dialyse à domicile Autodialyse	Centre de dialyse / UDM	Centre de dialyse / UDM	Centre de dialyse Greffes rénales
Cardiologie	Suivi de patients chroniques Examens courants : ECG, Holter...	Avis spécialisé du cardiologue Examens spécialisés : échocardiographie, épreuves d'effort... Bilans Hospitalisation post-phase aiguë	Cardiologie interventionnelle Gestion de la phase aiguë : IDM, décompensation d'insuffisance cardiaque	Explorations très spécialisées (par ex pour troubles du rythme) Chirurgie cardiaque
Ophthalmologie	Troubles de la réfraction Dépistage rétinopathie diabétique Dépistage DMLA...	Chirurgie ophtalmo ambulatoire (cataracte)	Chirurgie ophtalmo spécialisée	

Annexe 2 : Les établissements de santé communautaires

Il est proposé dans le schéma prospectif de mettre en place / renforcer les établissements de santé axés sur des disciplines de proximité, dénommés établissements communautaires, pour d'une part marquer la différence avec les actuels hôpitaux de proximité ou ex-hôpitaux locaux, et d'autre part se rapprocher du mode de fonctionnement de certains autres pays ayant opté pour un tel maillage hospitalier assez fin, y compris dans les zones isolées.

Il ne s'agit pas de créer des structures supplémentaires, mais de s'appuyer sur le maillage des établissements existants et, lorsque ce n'est pas déjà le cas, d'orienter leurs moyens et leur activité pour mieux répondre aux besoins exprimés dans les territoires.

A l'heure actuelle, déjà de nombreux établissements ont la structure et l'activité de ce qu'on entend ici par établissement communautaire. La gamme d'activités concernées est la suivante :

- Un centre de soins non programmés (ouvert au minimum toute la journée et en soirée en semaine et le week-end, la question de l'ouverture la nuit devant s'analyser au cas par cas), avec participation des libéraux à cette activité lorsque cela est possible. L'établissement peut aussi être antenne de Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).
- Un service de médecine polyvalente, doté de médecins salariés exerçant dans plusieurs spécialités, en particulier la médecine interne et/ou la gériatrie. Le dimensionnement dépend du territoire, mais un minimum paraît : une trentaine de lits, et quelques places d'hospitalisation de jour.
 - o Cette activité de médecine doit permettre de garder des patients hospitalisés en proximité dès lors qu'il ne paraît pas nécessaire de faire appel à un plateau technique lourd, et aussi d'accueillir les malades rapidement après une intervention chirurgicale pour la période de suivi post-opératoire.
- Une activité d'hospitalisation à domicile (HAD) afin d'assurer une partie des soins hospitaliers polyvalents à domicile (qu'il s'agisse d'un service d'HAD rattaché à l'établissement communautaire ou bien de l'établissement d'HAD intervenant sur la zone géographique de résidence du patient).
- Eventuellement unité d'autodialyse.
- Un service de SSR, polyvalent et/ou gériatrique.
- Un EHPAD et éventuellement une USLD.
- Un SSIAD ou une convention passée avec un ou plusieurs SSIAD dans le territoire.
- Éventuellement un centre médico-psychologique (CMP) ou autre structure de prise en charge de la santé mentale.
- Un plateau technique comportant l'imagerie courante (radiologie conventionnelle, scanner, échographie), des explorations fonctionnelles de base (exploration fonctionnelle respiratoire (EFR),...), un plateau de rééducation pour l'activité de SSR, un accès à un plateau de biologie.

Bien sûr, des variantes peuvent s'envisager sur ce schéma général en fonction des spécificités territoriales. Par exemple, peut prendre place un centre périnatal de proximité (c'est le cas en général quand une maternité a fermé dans l'établissement).

Faut-il en outre laisser la possibilité de réalisation d'une activité de chirurgie ambulatoire ? Les conditions pour que cette activité se déroule dans de bonnes conditions sont nombreuses (disponibilité de chirurgiens, d'anesthésistes au moins certains jours de la semaine, bloc opératoire équipé, possibilité de recours rapide à un établissement disposant d'un service complet de chirurgie en cas de besoin,...) mais si elles sont remplies, cela peut être mis en place ; quelques exemples existent dans des établissements dont la chirurgie en

hospitalisation classique a arrêté de fonctionner.

Au-delà de cette question du périmètre des activités, le point fondamental réside dans les modalités de fonctionnement avec les acteurs de ville. Ces établissements doivent travailler en étroite collaboration avec les acteurs de ville, pour organiser les parcours : programmer les hospitalisations (conventionnelles ou à domicile), préparer les sorties, organiser les services de maintien à domicile (portage de repas, aide-ménagère,...), assurer les activités de prévention, d'éducation thérapeutique...

Ces établissements peuvent dans cet esprit organiser des équipes mobiles de territoire, avec les acteurs de ville, en gériatrie, en soins palliatifs, qui auraient vocation non pas à réaliser les soins, mais à venir en appui de certaines prises en charge relevant de la ville.

Ainsi, la gouvernance de ces établissements doit associer les CPTS, les projets de territoire devant s'élaborer en partenariat.

Combien d'établissements ?

Le tableau suivant, issu de l'exploitation de Statistique annuelle des établissements (SAE) 2016, fournit le nombre d'établissements de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en activité (au sens géographique), par type de discipline représentée⁴⁰

Entités géographiques	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	TOTAL
MCO	320	31	124	475
M	383	83	57	523
MC	98	59	219	376
MO	28	3	0	31
C	3	5	92	100
CO	1	0	12	13
O	0	3	1	4
Autres	20	25	37	82
TOTAL	853	209	542	1604


Déjà plus de 500 établissements sont dans la catégorie « M », auxquels pourraient s'ajouter certains établissements MC et MO en cours de reconversion, sans oublier certains ex-hôpitaux locaux qui n'ont pas d'activité de court séjour mais développent l'ensemble des autres activités citées plus haut (SSR, EHPAD, SSIAD...).

Dans cet ensemble, figurent des établissements spécialisés (en cancérologie, en cardiologie...), des établissements de gériatrie dans les grandes villes (dont de nombreux établissements de CHU), si bien qu'on aurait ainsi de l'ordre de 450 établissements entrant dans cette catégorie, maillant le territoire.

Les établissements susceptibles d'entrer dans cette catégorie des établissements communautaires sont hétérogènes. D'un côté, figurent certains ex-hôpitaux locaux, requalifiés en hôpitaux de proximité, disposant seulement de quelques lits de médecine, et de l'autre, figurent des établissements plus importants, dotés de plusieurs services de court séjour.

⁴⁰ Quelques règles ont été adoptées pour qualifier les établissements :

- avec médecine : au moins 50 séjours en hospitalisation complète ou ambulatoire
- avec chirurgie : au moins 100 séjours en hospitalisation complète ou ambulatoire
- avec obstétrique ; au moins 100 séjours en hospitalisation complète



La catégorie d'hôpital de proximité a été créée dans la LFSS 2015, et leur mode de financement est spécifique, le nouveau système ayant été mis en place en 2016.

L'article L 6111-3-1 du code de la santé publique (CSP) définit les hôpitaux de proximité comme étant des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, leur orientation vers des structures dispensant des soins de second recours.

Cette catégorie répond à une définition limitative ; il faut que l'établissement vérifie une double série de conditions (décret du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité ; article R. 6111-24) :

en termes d'activité :

- s'il détient une autorisation en médecine délivrée par l'Agence régionale de santé ;
- s'il n'est pas autorisé en chirurgie ou en obstétrique ;
- si l'activité de médecine n'excède pas un seuil plafond (fixé à 5500 séjours ; arrêté du 23 juin 2016).

Ces trois conditions sont cumulatives.

en termes de territoire d'implantation :

L'établissement de proximité doit desservir un territoire qui présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

- la part de la population âgée de plus de 75 ans est supérieure à la moyenne nationale (9%) ;
- la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté est supérieure à la moyenne nationale (14,3%, part de la population ayant 60% ou moins du revenu médian en 2012) ;
- la densité de population n'excède pas un niveau plafond (150 personnes par km², indicateur OCDE) ;
- la part des médecins généralistes pour 100 000 habitants est inférieure à la moyenne nationale (99 praticiens pour 100 000 habitants).

Peut être également hôpital de proximité l'établissement qui dessert un territoire ne présentant qu'une seule ou aucune des quatre caractéristiques précédentes, mais qui satisfait à l'une des deux conditions suivantes :


- l'activité de médecine y est exercée en totalité ou en partie par un médecin assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires ;
- il est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur le territoire qu'il dessert.

Le territoire de l'hôpital de proximité est défini sur la base d'un temps de trajet routier en automobile de 20 minutes autour de l'établissement mesuré en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses.

La première liste des 243 hôpitaux de proximité a été arrêtée le 23 juin 2016.

La majorité des établissements concernés sont des anciens hôpitaux locaux même si toutes les catégories juridiques sont représentées :

- ex hôpitaux locaux (64%)
- centres hospitaliers ou « autres établissements publics de santé » (28%)
- établissements de santé privés d'intérêt collectif (7%)
- établissements privés à but lucratif (1%)



Ils sont financés par une dotation mixte, composée d'une dotation forfaitaire annuelle garantie (DFG) construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi, et d'un complément de financement fondé sur l'activité produite. L'originalité du modèle réside dans la garantie offerte à l'établissement de conserver un revenu, indépendamment de l'activité produite.

Le décret de 2016 porte cette garantie à 50% minimum des recettes historiques de l'établissement, cette valeur étant arrêtée par les ministres. Pour 2016, l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité fixe cette part à 80%. Cette garantie de revenu sera d'autant plus importante que l'établissement est situé sur un territoire fragile.

La question de la transition

Cette catégorie des hôpitaux de proximité est trop restrictive en nombre d'établissements au regard de ce qui est dessiné ici pour les établissements communautaires. Il s'agit de généraliser le concept à l'ensemble des établissements assurant une activité de médecine en levant les seuils régissant la définition actuelle.

Pour autant, les modalités de financement prévues peuvent être maintenues, sous réserve de vérifier la pertinence du partage actuel entre dotation et complément de financement dès lors qu'un plus grand nombre d'établissements seraient concernés.

L'enjeu de la transition est triple :

- Renforcer les établissements disposant d'un effectif médical faible et d'une activité de médecine aiguë faible, pour qu'ils puissent remplir les missions évoquées plus haut dans leur territoire.
- Organiser un maillage complet du territoire national en dehors des grandes villes (dans lesquelles les établissements de recours assurent de fait la réponse aux demandes de proximité), en adaptant éventuellement la carte sanitaire des sites actuels pour répondre aux besoins partout en France ; une attention particulière doit être portée aux sites isolés, souvent dans des zones à faible démographie médicale.
- Assurer l'insertion de ces établissements dans la filière de soins, avec une bonne coordination ville / hôpital / secteur médico-social. Ces établissements, en lien avec les établissements de recours, ont comme priorité de travailler avec les équipes de soins primaires et CPTS du territoire.

Annexe 3 : Les dispositifs de coordination existants

1. Modes / conditions d'exercice favorisant la coordination des soins de proximité

Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
Equipes de soins primaires	<p>Mode d'organisation coordonné, conçu par des professionnels de santé⁴¹. Il n'est pas établi de norme concernant le statut juridique des ESP : elles peuvent prendre la forme de structures d'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou les centres de santé (CDS) ou revêtir d'autres formes de coopération, plus légères.</p> <p>Leur projet s'organise autour de leur patientèle⁴²</p>	Art. L. 1411-11-1 du code de la santé publique		<p>Les professionnels et les structures membres d'une ESP conservent leurs modalités de financement et de rémunération habituelles</p> <p>+/- forfait ACI (voir infra)</p> <p>+/- financement FIR (contractualisation avec l'ARS)</p> <p>+/- autres financements (collectivités territoriales par exemple)</p>	Le projet de santé est transmis à l'ARS en vue de la signature d'un contrat qui décline les engagements des acteurs. L'absence d'engagement contractuel avec l'ARS ne fait pas opposition à la création d'une ESP. Dans ce cas cependant, l'ESP ne pourra pas bénéficier des avantages d'un contrat (crédits issus du FIR notamment, financement de l'assurance maladie) ni de l'information organisée par l'ARS ⁴³ .

⁴¹ Elles fédèrent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste, qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients.

⁴² « L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

⁴³ Les ARS peuvent soutenir l'action des acteurs, par des crédits du FIR, qu'elles :

- utilisent l'enveloppe spécifique annoncée dans le cadre du pacte territoire-santé 2 et destinée à favoriser l'émergence des projets des ESP et CPTS. Cette aide ponctuelle vise à rémunérer les professionnels pour le temps consacré à la formalisation de leurs projets.

- attribuent les crédits dédiés à une thématique particulière (ex : soins palliatifs, soins non programmés....) auxquels répondraient par leurs projets les ESP et les CPTS.

Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement		Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
- Centres de santé	Sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé Elaborent un projet médical de santé	Art.L6323-1 du code de la santé publique Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé	2017 : 1 933 centres de santé en fonctionnement (350 pluri-professionnels) ⁴⁴ 67 centres d'examen de santé	FIR : 1,6 M€ en 2016 FNPEIS : 153,8 M€ en budget prévisionnel pour 2017 ⁴⁵	GPI ⁴⁶ : 0,4Md€ sur 5 ans Les structures de santé pluri-professionnelles de proximité peuvent bénéficier d'une rémunération spécifique (ACI) ⁴⁷ . L'impact financier de cet accord sur 2017 peut être estimé à environ 10 M€.	Oui (projet de santé)
- MSP	Personnalité morale constituée entre professionnels médicaux, para médicaux ou pharmaciens Elaborent un projet médical de santé dans le cadre d'un cahier des charges attestant de leur exercice coordonné	Art.L6323-3 du code de la santé publique Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles	2017 : 910 MSP en fonctionnement	FIR : 6,8 M€ en 2016		Oui (projet de santé)
- Pôles de santé	Etaient constitués entre professionnels de santé et le cas échéant entre MSP, Centres de santé, réseaux de santé, établissements de santé, services médico-sociaux... (Pas de projet de santé initialement)	Les regroupements de professionnels qui, avant la publication de la loi, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique deviennent, sauf opposition de leur part, des communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12 du même code.				Cf. CPTS

⁴⁴ Les chiffres clés de l'offre de soins – DGOS – édition 2018

⁴⁵ Au titre du financement des centres d'examen de santé (67 centres) et des CETAF (centres techniques d'appui et de formation des centres d'examen de santé). Représente 41% du budget du fonds.

⁴⁶ Grand plan d'investissement. Il s'agit du montant des investissements pour le développement des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé prévus sur le quinquennat : PLFSS 2018 – Annexe 7.

⁴⁷ Rémunérations prévues dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu le 20 avril 2017 (Arrêté du 24 juillet 2017 relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles). Cette rémunération est versée en contrepartie d'engagements organisés autour de 3 axes : (i) l'accès aux soins (avoir élaboré un projet de santé, validé par l'ARS, en cohérence avec le projet régional de santé) ; (ii) le travail en équipe/coordination ; (iii) le développement des systèmes d'information. **Elle s'applique aux structures pluri-professionnelles constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et aux centres de santé** (seulement dans le cas où ils ne sont pas adhérents à l'accord national des centres de santé).

Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
<p>CPTS</p> <p>Communauté professionnelles territoriales de santé</p>	<p>Emanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville.</p> <p>Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle.</p> <p>Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la CPTS</p>	<p>Art. L. 1434-12 du code de la santé publique</p>	<p>-</p>	<p>Les professionnels et les structures membres d'une CPTS conservent leurs modalités de financement et de rémunération habituelles</p> <p>+/- autres financements (FIR, collectivités territoriales par exemple)</p>	<p>Oui (projet de santé, FIR*)</p> <p>Au-delà de la contractualisation autour d'un projet de santé et à défaut d'initiative des professionnels, l'ARS prend, en concertation avec les URPS et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS</p>

2. Incitations financières

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
Forfait patientèle « médecin traitant »⁴⁸ Incitation financière Rémunération individuelle	Ce forfait se substitue à compter du 1er janvier 2018 aux différents forfaits existants pour le suivi de la patientèle et à la rémunération du volet de synthèse médicale ⁴⁹	Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016	<p>Le nouveau forfait FPMT bénéficie à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés et déclarés comme médecins traitants, quelle que soit leur spécialité médicale.</p> <p>Il est réservé aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-CO).</p>	<p>Assurance maladie</p> <p>En 2015, la rémunération du médecin traitant (RMT) a été intégrée dans le champ de la cartographie sur les honoraires des généralistes et spécialistes. L'inclusion de la RMT a induit une augmentation des dépenses ré-affectées de l'ordre de 300 millions d'euros (régime général)⁵⁰.</p> <p>Non évalué⁵¹</p>	Non

⁴⁸ Il est indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie (ALD ou non), précarité : tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont pris en compte, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge. Le forfait patientèle médecin traitant (MTF) est réservé aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Pour les patients en ALD (au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale), le montant du forfait annuel est de 42 euros pour les patients de moins de 80 ans atteints d'une ou plusieurs affection de longue durée et de 70 euros pour les patients de 80 ans ou plus atteints d'une ou plusieurs affection de longue durée. Une majoration de consultation annuelle de synthèse pour un enfant de moins de 16 ans atteint d'une ALD pour le pédiatre est également prévue par la convention (10 euros - MAS prévue à l'article 14.4 quater de la NGAP). Pour les autres groupes d'âge (sans ALD), la majoration est de 6 euros pour les enfants âgés de 0 à 6 ans, de 42 euros pour les patients âgés de 80 ans et plus et de 5 euros pour les autres patients : 5 euros. Une majoration est appliquée selon la part de la patientèle bénéficiaire de la CMU-C : cette majoration intervient lorsque la part de patients bénéficiaires de la CMU-C du médecin traitant est supérieure au taux moyen national. Elle correspond à la moitié de la différence entre le taux national et le taux constaté pour la patientèle médecin traitant du médecin (plafonnée à 25 %).

⁴⁹ Forfaits pour le suivi des patients en ALD ou en post ALD, forfait MT pour le suivi des autres patients, volet de synthèse dans le cadre de la ROSP, majoration personnes âgées.

⁵⁰ Rémunération égale à 42 euros jusqu'en 2018 – des dispositions dérogatoires sont prévues par la convention. CNAMTS. Rapport charge et produit pour 2018.

⁵¹ La question de l'évaluation peut être posée dès lors que l'objectif est d'améliorer la coordination (vs diversifier les modes de rémunération)

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
Forfait structure Incitation financière Rémunération individuelle⁵²	<p>Accompagne les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles (aide à l'équipement pour travailler plus facilement en équipes ou aide à la mise en place de démarches et modes d'organisation pour apporter des services supplémentaires aux patients)⁵³.</p> <p>Ce forfait comporte un indicateur valorisant l'appartenance à une CPTS ou ESP⁵⁴.</p>	<p>Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016</p> <p>Article 20</p>	<p>Tous les médecins libéraux exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice. Les médecins conventionnés n'ont pas la possibilité de renoncer à ce forfait.</p>	<p>Assurance maladie</p> <p>En 2015, le montant de la ROSP pour l'organisation et la modernisation du cabinet s'élevait en moyenne à 1 300€ (82 324 médecins) : 107M€</p> <p>Non évalué</p>	<p>Non</p>
ACI : accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles Incitation financière Rémunération collective⁵⁵ (structure d'exercice coordonnée)	<p>Cet accord généralise le financement par l'assurance maladie des structures organisées d'exercice pluriprofessionnel.</p> <p>Elle s'applique aux structures pluri-professionnelles constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et aux centres de santé se situant hors du cadre de l'accord national⁵⁶</p>	<p>Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles</p>		<p>L'impact financier de cet accord sur 2017 est estimé à environ 10 M€.</p>	<p>Oui (financement sous réserve d'un projet de santé validé par l'ARS)</p>

⁵² http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2017/12/Note-methodologique-Forfait-structure_MAJ_DEC-2017_VF.pdf

⁵³ Il se situe dans le prolongement du bloc « organisation » de la ROSP en venant remplacer les indicateurs de la ROSP 2011 portant sur l'organisation du cabinet.

⁵⁴ Le forfait structure est basé sur un total de 250 points pour l'année 2017, 460 points pour l'année 2018 et 660 points pour l'année 2019. La valeur du point est fixée à 7 euros.

L'indicateur 3 « valoriser la démarche de prise en charge coordonnée » valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou participation à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an. Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019.

⁵⁵ « La rémunération n'est pas due lorsque les indicateurs correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement mobilisant un financement de l'assurance maladie » (Article 8.1 de l'accord conventionnel interprofessionnel).

⁵⁶ Accord publié au JO du 30 septembre 2015.

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
Nouveaux modes de rémunération (NMR/ENMR)	<p>Le 1er module visait les temps de coordination dans la structure.</p> <p>Le 2e module finançait des "nouveaux services" : éducation thérapeutique ou soins coordonnés autour de patients fragiles (ES-PREC).</p> <p>Le troisième module traitait de la coopération entre professionnels au titre de l'art. 51 de la loi HPST (a concerné à ce titre ASA-LEE). Un 4e module devait proposer des rémunérations forfaitaires de type "capitation" (rémunération en fonction du nombre de patients pris en charge) pour des pathologies chroniques, mais n'a jamais vu le jour.</p>	<p>Expérimentation : LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44</p> <p>Généralisation : arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité</p>		Evalué ⁵⁷	

⁵⁷ Mousquès J., Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. IRDES, Décembre 2014.

3. Dispositifs spécifiques

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
Réseaux	Sont constitués entre professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, GCS, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales...ainsi que des représentants des usagers	Loi n°2002-303 du 4 mars 2002	491 réseaux ont bénéficié d'un financement au titre du FIR en 2016 ⁵⁸ (632 en 2013). En 2016 la file active des réseaux de santé est toutefois restée stable malgré la création de 22 PTA.	Les ARS ont financé les réseaux à hauteur de 150 M€ en 2016	Oui
Maisons médicales de garde	Dans le cadre de la PDSA		339 en 2017	FIR : 12,5 M€ en 2016 (pour 250 MMG)	Oui
Asalée Coopération entre PS Accompagnement de patients atteints de maladies chroniques Dispositif de coordination externe aux PS Education thérapeutique	Créé en 2004 Protocole de coopération en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST ⁵⁹ Infirmières libérales ou salariées.	Article 51 de la loi HPST Avis n° 2012.006 du 22 mars 2012 du Collège de la HAS relatif au protocole de coopération n°10 « ASALEE » Fin 2012, le dispositif a été intégré à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), au titre du module 3) Avis n°2014-01 du collège des financeurs du 19 déc. 2014	Le dispositif est plafonné en ETP infirmier. Au 31 décembre 2017, le dispositif Asalée concerne 533 infirmières, représentant 267 équivalents temps plein, exerçant dans 753 cabinets avec 1 959 médecins ⁶¹ . Environ 5 fois plus de candidatures MG que de postes	Collège des financeurs : il est prévu dans la convention tripartite ⁶² d'atteindre 367 ETP IDE fin 2018 soit environ 30 M€. 80 K€ par ETP infirmier Rémunération MG pour la concertation Évalué ⁶³	Pour participer au dispositif, les professionnels de santé (volontaires) doivent effectuer une demande d'adhésion au protocole auprès de leur ARS.

⁵⁸ Cette baisse du nombre de réseaux s'explique par la dynamique de regroupements/fusions de réseaux de santé opérés pour la création de réseaux de santé pluri thématiques et/ou polyvalents, conformément aux orientations nationales relatives aux réseaux de santé de 2012⁷. Cette dynamique s'est accentuée avec l'évolution des réseaux vers les plateformes territoriales d'appui (PTA).
Fonds d'intervention régional – Rapport d'activité 2016 – Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Octobre 2017.

⁵⁹ Quatre protocoles: dépistage et prise en charge du diabète, suivi des patients à risque cardiovasculaire, dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et dépistage des troubles cognitifs

⁶¹ Questions d'économie de la santé n°232 – Avril 2018.

⁶² Etat, Assurance maladie, Association Asalée

⁶³ Une évaluation médico-économique du dispositif ASALEE a été menée par l'IRDES en 2009. Centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, qui représentent un tiers de l'activité des infirmières, l'étude montre que les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin.

Référence : QES n°136 novembre 2008- Bourgueil et al. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
		Art.221-1 du code de la sécurité sociale ⁶⁰			
Sophia Programme d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques Accompagnement téléphonique	<p>Programme d'accompagnement des patients diabétiques, mis en place par la CNAMTS en 2008. En cours de généralisation sur l'asthme et d'expérimentation sur l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Infirmières salariées de l'assurance maladie placées sur des plates-formes d'appel téléphonique (ICS)</p> <p>La rémunération du médecin traitant est forfaitaire et annuelle, à hauteur d'une consultation (C), pour l'envoi du questionnaire médical après l'inscription d'un de ses patients au service.</p>	<p>Art. 162-1-11 du code de la sécurité sociale modifié par la LFSS pour 2007</p> <p>Article 23.1 de la convention médicale 2016</p>	<p>300 ICS environ gèrent le coaching téléphonique ou en ligne de SOPHIA (Diabète, asthme, insuffisance cardiaque) au sein de centres ou unités d'appels spécialisés⁶⁴</p> <p>720 000 adhérents pour le diabète et 24 000 pour l'asthme fin 2016</p>	<p>Assurance maladie</p> <p>2016 : le coût du programme a été chiffré par la CNAMTS en dépenses d'investissement (10,5 M€) et de fonctionnement (25,1 M€) €</p> <p>Le coût unitaire est en moyenne de 50 € par an et par adhérent.</p> <p>Depuis son lancement, le service sophia diabète a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques⁶⁵</p> <p>Une analyse et des préconisations ont été réalisées par l'IGAS⁶⁶</p>	<p>Non</p> <p>(repérage dans les bases de l'assurance maladie : environ 1/3 des assurés éligibles acceptent le suivi proposé ou inclusion sur proposition du médecin traitant)</p>
Prado Dispositif de coordination externe aux PS	<p>PRADO maternité lancé en 2010</p> <p>Volets supplémentaires sur la sortie de chirurgie (2012), insuffisance car-</p>		<p>Les 800 CAM (590 ETP environ)⁶⁷ gèrent le programme PRADO (tous volets confondus)</p>	<p>Assurance maladie</p> <p>Coût annuel estimé à 40 M€ en intégrant les coûts de fonctionnement</p>	<p>Non</p> <p>(repérage dans les services : des conseillers de l'assurance maladie (CAM) interviennent dans les établissements</p>

⁶⁰ Article L221-1 alinéa 9 : « La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôlede participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé » ;

⁶⁴ Infirmières conseil en santé (ICS) : 279 ETP en 2016 (204 en 2013)

⁶⁵ <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/evaluation-du-service-sophia/evaluation-du-service-sophia-diabete.php>

⁶⁶ Rapport IGAS N°2017-007R. Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS - Gestion du risque – Tome I – Septembre 2017

« le rapport préconise de renforcer l'efficacité par la mise en œuvre d'un principe d'adhésion implicite des patients diabétiques dits « en écarts de soins », c'est-à-dire ceux qui n'ont pas réalisés leur bilan dentaire et rénal l'année précédente et leur examen de fond de l'œil les deux années précédentes »

⁶⁷ 591 ETP en 2016 (276 en 2013) + 116 managers CAM en 2016

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
Accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation	<p>diague (2013), BPCO et, depuis 2017, AVC et personnes âgées</p> <p>Adhésion volontaire</p> <p>Coordination de l'intervention au domicile de professionnels libéraux suite à l'hospitalisation et le cas échéant des services sociaux</p>		<p>PRADO maternité : concerne 57% des naissances (435 000 en 2017)</p> <p>PRADO Chirurgie : 57 000 adhésions en 2017</p> <p>PRADO Pathologies chroniques : 13 000 adhésions, avec un très faible effectif pour la BPCO</p>	<p>PRADO Maternité : il n'y a pas d'évaluation exhaustive du programme mais la mission IGAS 2017 estime des « résultats marginaux⁶⁸ ».</p>	<p>avec l'accord de l'équipe médicale)</p>
MAIA Guichet intégré Gestion de cas complexes	<p>Premières expérimentations conduites en 2009 dans le cadre du 3e plan Alzheimer et généralisation en 2011.</p> <p>S'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus</p> <p>Pour les situations complexes un suivi est mis en œuvre par un gestionnaire de cas. Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes.</p> <p>Pour chaque dispositif MAIA, 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés</p>	<p>Cadre légal⁷⁰ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. L. 113-3 du CASF, modifié par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 pour la définition et le cadre juridique des échanges d'informations - Art. L. 14-10-5 du CASF, modifié par la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015, pour les modalités de financement - Art. L. 1431-2 du CSP, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, pour les missions et compétences des ARS 	<p>352 dispositifs MAIA fin 2016 (98% du territoire est couvert)</p> <p>35 % des dispositifs MAIA sont portés par des conseils départementaux, 33 % par des acteurs de la coordination (CLIC, réseaux de santé), 12 % par des établissements de santé</p>	<p>Financement ARS sur délégation de crédits de la CNSA</p> <p>78 M€ en 2016 (FIR)</p> <p>Evaluation externe en 2015.</p>	<p>Oui (signature d'une convention avec le porteur en lien avec le conseil départemental)</p>

⁶⁸ Rapport IGAS N°2017-007R. « Sept ans après son lancement, le rapport recommande de suspendre le processus d'extension dans l'attente d'une évaluation externe qui n'a pas été conduite jusqu'ici, et qui devra objectiver l'intérêt à conduire un programme au coût annuel approchant les 40 M€. »

La mission parle de résultats marginaux en termes de réduction des dépenses -malgré de fortes ambitions (576 M€ dans le plan 2015-2017) et en termes de baisse des DMS.

⁷⁰ Pour le cadre réglementaire, différents textes sont identifiés : (i) Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA ; (ii) Circulaire annuelle qui fixe les conditions du déploiement des nouveaux dispositifs MAIA ; (iii) Arrêté du 16 novembre 2012 fixe le référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas.

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
	Formation des pilotes MAIA et des gestionnaires de cas ⁶⁹ .				
CLIC	Structures sociales et médico-sociales Mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes âgées et à leurs familles	Article L113-2 modifié par la LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 76	En 2016 : 1 038 lieux d'information ; 592 CLIC labellisés (il existe 3 niveaux de labellisation ⁷¹).	Financement département 44 000 € par ETP 263 € / dossier	Non sauf dans le cadre de contractualisation
Paerpa Coordination clinique Dispositif de coordination pour les personnes âgées de 75 ans ou plus	Approche parcours visant à articuler les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ⁷² Les coordinations territoriales d'appui (CTA) regroupent et reconfigurent les dispositifs de coordination existants (MAIA- CLIC- réseau...) Elles s'appuient toutes sur des structures déjà existantes. Intervient à la demande des professionnels, des patients et des aidants (consentement du patient formalisé).	Article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013	En 2016, le dispositif Paerpa initialement circonscrit à 9 territoires pilotes a été étendu : un territoire pilote dans chaque grande nouvelle région non couverte et élargissement de la taille des territoires initiaux 550 000 personnes concernées en 2016 (pour 5,9 millions de PA de 75 ans ou plus). Près de 5 000 plans personnalisés de santé (PPS) personne âgée en cumulé fin 2016.	En 2016, 13,5 M€ ont été notifiés au titre du FIR 2016 et 11,2 M€ ont été consommés ⁷³ . + Acte forfaitaire CNAMTS de 100 euros pour les PPS rémunérant 2 ou 3 professionnels libéraux : MG, IDE, MK ou pharmacien). Evaluation en cours (IRDES)	Oui Les crédits PAERPA sont protégés par l'article 48 de la LFSS 2013 et ne peuvent pas être redéployés par les ARS pour financer d'autres actions.

⁶⁹ Pour les pilotes la formation (5 jours) est dispensée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) qui a créé un diplôme d'établissement « Pilotage territorial » comprenant notamment un module d'analyse des pratiques. Depuis 2011, 545 pilotes, porteurs et référents des projets MAIA des agences régionales de santé ont été formés. Pour les gestionnaires de cas il s'agit d'un diplôme interuniversitaire « gestion de cas » (universités de Lille, Paris, Rennes, Nantes, Bordeaux, Marseille, Lyon, Martinique et Reims).

⁷¹ Niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ; niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et l'élaboration du plan d'aide personnalisé ; niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé

⁷² Les objectifs sont de limiter le recours à l'hospitalisation et de réduire les ruptures dans le parcours de santé des personnes âgées

⁷³ Fonds d'intervention régional – Rapport d'activité 2016 – Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Octobre 2017.

Dispositif - Typologie	Éléments descriptifs	Références juridiques	Nombre	Financement Evaluation	Rôle et pouvoir d'intervention des ARS
Plateformes territoriales d'appui 3 missions : information et orientation, appui à l'organisation de parcours complexe, soutien aux initiatives et pratiques coordonnées	<p>Les PTA sont des dispositifs d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes.</p> <p>D'après les textes, c'est le médecin traitant ou un médecin en lien avec le médecin traitant qui déclenche le recours aux fonctions d'appui.</p> <p>L'usage montre que les PTA prennent également en compte des sollicitations des autres PS et des usagers⁷⁴</p>	<p>LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 74</p> <p>Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes</p> <p>Art L.6327-2 du code de la santé publique⁷⁵</p> <p>Art D.6327-1 du code de la santé publique⁷⁶</p>	<p>On dénombrait, fin 2016, 22 PTA en fonctionnement dans 8 régions et 6 PTA en cours de construction dans 3 autres régions. Trois coordinations territoriales d'appui (CTA - Paerpa) étaient en cours d'évolution vers des plateformes territoriales d'appui⁷⁷.</p>	<p>Les ARS ont consacré 5,7M€ en 2016 à ces nouveaux dispositifs (FIR).</p> <p>Ce montant n'inclut pas le financement des CTA de PAERPA ni les PTA du projet TSN (territoire de soins numérique)⁷⁸.</p> <p>Pas d'évaluation mais bilan réalisé par l'ANAP⁷⁹.</p>	<p>Oui</p> <p>En 2016, la moitié des projets est à l'initiative des professionnels de ville ou de l'appui à la coordination (réseaux et MAIA essentiellement), l'autre moitié est à l'initiative des ARS.</p> <p>Le territoire d'intervention des PTA installées en 2016 est majoritairement infra départemental.</p>

⁷⁴ ANAP – Avril 2018. Organisations territoriales au service de la coordination - Tome 2 : Mise en œuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui

⁷⁵ « Art L.6327-2. – Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. »

⁷⁶ L'article D.6327-1 du code de la santé publique définit le périmètre des missions d'appui à la coordination :

« L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

1° L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;

2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.

Cette mission comprend : a) L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ; b) L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ; c) La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ; d) L'appui à la coordination des interventions autour du patient ;

3° Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels. »

⁷⁷ Fonds d'intervention régional – Rapport d'activité 2016 – Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Octobre 2017.

⁷⁸ TSN (territoire de soins numérique) : 5 projets pilotes – 80 M€ entre 2014 et 2017 (in « les chiffres clés de la DGOS »)

⁷⁹ Ce bilan fait état d'un fonctionnement et de modalités de fonctionnement très hétérogènes.

Problématiques, enjeux, questions-clés et facteurs de succès à prendre en considération pour le fonctionnement effectif des PTA à partir des enseignements issus du retour d'expérience des 5 projets TSN (territoires de soins numériques). ANAP – Avril 2018. Organisations territoriales au service de la coordination - Tome 2 : Mise en œuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui.





Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

**Dernières publications
et actualités du HCAAM**
[www.securite-sociale.fr/
L-actualite-du-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM)

Contact

hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14



FRANCE STRATÉGIE