

Projet d'avis du HCAAM

SEANCE DU 24 MAI 2018

Contribution du HCAAM à 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 médicosocial. 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.

Dans ce scénario, il est 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

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.

3 Au sens de l'INSEE.

est le mieux à même de répondre à l'exigence de réduction des inégalités et de prise en compte de la diversité des territoires.

I 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) 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 suive 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...

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.

21- 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'ALD a laissé ouverte la question des modalités

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

d'information des patients atteints d'ALD⁶ 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.

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.

22- 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, réglementaires, organisationnelles ainsi que dans le contenu des formations initiales et continues.

23- 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

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.

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

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 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.

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 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 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.

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 décloisonnement 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 (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 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.

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 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 DPC (développement professionnel continu) 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.

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, SSR, 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 structures et ont vocation à voir leurs activités se développer en substitution à l'hospitalisation avec hébergement en établissement par la diversification des profils des populations accueillies et une bonne insertion avec les acteurs, tant en établissement qu'en ambulatoire.

Ces établissements 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 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, pour certains, privés (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 pluriprofessionnels (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.

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.

41- 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 CMU/CMU-C, de l'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,... 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 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 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.

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

42- 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.

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'offreurs.

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 CLCC et quelques établissements très spécialisés sur certaines activités, 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 GCS ou de 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.

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...

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 Plates-formes 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.

II 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.

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 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) 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.

3) S'attacher aux problèmes posés par 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.

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.

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.

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.

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 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'ONDAM, le HCAAM invite à poursuivre des réflexions en permettant le découplage qui peut être envisagé selon deux axes : une augmentation des marges de manœuvre régionales au sein du FIR ou des approches nationales découplées pour certains champs (cancérologie, santé mentale ou encore IRCT 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 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.

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 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.