

19 recommandations

La stratégie nationale de santé passe par l'identification :

- d'axes d'actions prioritaires (dix neuf recommandations s'adressant aux personnes malades et aux usagers, aux professionnels de santé et travailleurs sociaux, à l'administration sanitaire),
- de décisions à prendre maintenant, mais dont la mise en œuvre dépend du temps de préparation technique et du calendrier législatif, et qui produiront leurs effets plus ou moins rapidement,
- de sujets de réflexions et de concertations.

Trois exemples viennent à l'esprit pour illustrer la nature de notre démarche, i.e. la recherche de décisions conduisant à un changement radical :

- une priorité présidentielle, l'obligation du port de la ceinture, la limitation de vitesse et les radars pour une diminution très forte du nombre de tués sur les routes,
- la mise en vente libre des seringues pour une chute spectaculaire de la contamination par le virus du sida chez les toxicomanes intraveineux,
- le changement de mode de couchage des bébés qui a entraîné une très grande diminution de la mort subite du nourrisson en l'espace de trois ou quatre ans.

Et trois citations précisent notre propos :

- *« Vous allez tâcher d'avancer, quelque peu, et vous ferez du très bon travail parce que si les réformes partielles sont importantes, capitales, elles préparent seulement les réformes générales. Donc votre effort ne sera pas vain. Celui que vous avez fait jusqu'à présent n'a pas été vain et celui que vous allez continuer ne le sera pas non plus. Il faut toute une série de réformes locales, partielles, individuelles, personnelles, régionales, nationales, sûrement... ! Mais, pour que soit réalisé ce qui est dans le fond de votre pensée et ce qui est dans le fond de votre doctrine, il faut une réalisation tranchant absolument avec la situation actuelle... C'est une philosophie entière, c'est une pensée globale qui doit inspirer ce changement... Notre doctrine doit aboutir à un changement complet dans les structures : structure de l'hôpital, structure de l'enseignement, structure de l'administration de la santé publique, structure de l'exercice de la profession médicale. »⁶*
- *« Tout l'enjeu est de réussir à surmonter des oppositions culturelles, des segmentations de financement, des défauts d'interopérabilité des bases de données et des rivalités de positionnements institutionnels qui prennent souvent le pas sur l'intérêt du patient. »⁷*
- *« Au niveau national comme au niveau régional, il existe un grand nombre de plans et de schémas sur différents enjeux de santé, thématiques ou transversaux. Dans la plupart des cas, ces plans et ces schémas comportent un nombre conséquent de priorités et d'actions, le plus souvent juxtaposées et non hiérarchisées. A l'évidence, il existe un décalage important entre l'ampleur de ces priorités et de ces actions et la réalité des moyens disponibles et des capacités à faire. En s'appuyant sur la Conférence nationale de santé et les Conférences régionales, il est nécessaire d'identifier au sein de chacun de ces plans ou schémas, les quelques priorités et actions qui doivent être préservées à tout prix, notamment en raison*

⁶ Robert Debré, à l'Ecole nationale de la santé publique, 1973.

⁷ La Cour des comptes dans son rapport public annuel 2013, p. 211.

de leur effet levier. Il faut concentrer les efforts humains et financiers sur ces priorités et non les disperser ou les émietter. »⁸

1. – Promouvoir la santé de chacun et de tous

La finalité est la santé et la production de soins, un moyen. L'enjeu, en amont du soin, est celui de la promotion de la santé et de la prévention pour que chaque personne préserve au mieux son « capital » santé et son autonomie. C'est un investissement collectif pour réduire les dépenses de réparation. La réduction des facteurs de risque, l'infléchissement des comportements individuels à risque et l'action sur les déterminants collectifs, en particulier ceux facteurs d'inégalités, doivent être la pierre angulaire des politiques de santé publique. La responsabilisation des personnes constitue un fil directeur dans les parcours de vie.

Décisions à prendre :

- faire établir par le haut conseil de la santé publique (HCSP) un tableau de bord synthétique (au maximum trois à cinq indicateurs), et compréhensible par tous, des résultats du système de santé (par exemple obésité à 4 ans, carie dentaire chez l'adolescent, tabagisme de la femme enceinte) publié très régulièrement dans les médias, à l'instar de ce qui se fait pour les statistiques de la sécurité routière.
- consacrer une part des crédits des 60 000 emplois créés dans l'éducation nationale pour le renforcement des équipes de santé scolaire et universitaire, en faisant notamment appel à des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, pour permettre des actions de prévention, en particulier contre le tabac, l'alcool et le surpoids.
- pour évaluer et coordonner, sous l'égide du Premier Ministre, la composante santé des politiques publiques (éducation, logement, transport, urbanisme, travail, etc.), faire vivre le comité national de santé publique, créé par la loi de santé de 2004.
- renforcer l'aspect sanitaire de l'étude d'impact des projets de loi (Loi organique du 15 avril 2009).
- coordonner les politiques publiques et réunir leur financement en matière de prévention, *via* notamment les contrats locaux de santé, en réunissant les acteurs (exemple médecins traitants, PMI, médecine scolaire, médecine du travail), en élaborant des plans départementaux et en soutenant les initiatives associatives de proximité sur les territoires de santé.
- augmenter les moyens de lutte contre le tabac, l'alcool et les addictions, en les alignant sur le niveau des dépenses des pays de l'OCDE les plus engagés.
- élaborer un indicateur simple de suivi par les ARS de la réalisation effective des visites médicales préventives obligatoires pour les enfants.
- promouvoir l'utilisation systématique du « plan de prévention personnalisé » dans le volet de synthèse médical.
- favoriser la création de centres d'accueil et d'accompagnement pour la promotion de la santé, mobilisant et finançant le savoir faire du tissu associatif.
- faire développer par la haute autorité de santé (HAS) des référentiels pour mieux identifier les facteurs de fragilité et de rupture dans la maladie et le vieillissement.

⁸ Conférence nationale de santé, avis du 2 avril 2013 sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé.

- engager les ARS à mettre en place un repérage des formes extrêmes de vulnérabilités et de précarités, et à coordonner leur prise en charge dans chaque territoire de santé. En prenant appui sur le travail et les recommandations du monde associatif le plus concerné.
- actualiser les actions de prévention des assurances complémentaires avec les objectifs de santé publique, en ciblant deux ou trois actions prioritaires (par exemple mise en conformité des vaccinations avec le nouveau calendrier vaccinal, éducation thérapeutique...).

Concertation :

- engager une concertation avec les partenaires sociaux pour retenir des actions prioritaires dans les entreprises pour promouvoir la santé et pour lutter contre les pratiques notamment addictives mettant en danger les salariés.

Orientations à préciser pour aller plus loin :

- développer des méthodes innovantes pour les initiatives de sensibilisation, de pédagogie, d'information, de prévention.
- penser l'organisation des programmes français de *disease management* au regard l'intervention souhaitée d'équipes de soins de santé primaires et du développement de l'e-santé.

2. – Impliquer et accompagner la personne malade, soutenir l'entourage

La compétence en propre de la personne malade doit être pleinement reconnue dans la conduite de son parcours personnalisé de soins et de santé : « avant tout l'impératif du respect de la parole du malade et de son autonomie ». Cet impératif s'impose dans tous les choix opérés, plus encore dans les situations les plus complexes (alternatives thérapeutiques, accompagnement en fin de vie, etc.) Les réflexions développées depuis plusieurs années concernant les aidants naturels doivent se traduire concrètement, et en particulier il est proposé de reprendre les propositions du rapport « un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » (avril 2013).

Décisions à prendre :

- élaborer et diffuser un tableau de bord permettant d'analyser et de suivre les inégalités sociales de santé.
- disposer d'une information régulière sur l'évolution de la distribution des restes à charge, notamment en fonction des types de prise en charge (ambulatoire, établissements de santé, établissements médico-sociaux).
- généraliser en ambulatoire la diffusion de supports d'information sur les droits des usagers afin de rendre la loi sur le droit des malades plus effective.
- demander à la conférence nationale de santé (CNS) de concevoir une charte des droits, devoirs et responsabilités de la personne dans son parcours personnalisé de santé, et des professionnels l'accompagnant, et mettre en œuvre les éléments déjà préconisés par la CNS d'harmonisation de ces droits et devoirs quelque soit le type de prise en charge et d'accompagnement.
- développer l'auto-surveillance en facilitant l'appropriation des nouvelles technologies, en lien avec le médecin traitant, renforcer le rôle d'éducation et de conseil des

pharmaciens d'officine sur le bon usage des médicaments prescrits ou non, pour renforcer l'autonomie des personnes dans leur choix de santé.

- créer des programmes de formation communs aux aidants naturels et aux équipes pluri-professionnelles.
- rendre possible la prescription aux aidants naturels par les médecins traitants, de recours remboursables à des structures relais face à des situations difficiles, à des visites à domicile par des professionnels venant relayer l'aidant naturel sur un rythme régulier, à des services de soutien à domicile.
- mettre en place le « carnet » de santé unique de la personne en situation de handicap, et sa mise à jour systématique par tous les acteurs du soin et de l'accompagnement.

Groupe de travail :

- dans le prolongement de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, missionner un groupe de travail pour mieux préciser l'expression des droits des personnes atteintes de maladies chroniques, et particulièrement celle des personnes en situation de grande vulnérabilité et celle des personnes en perte d'autonomie, et la rendre plus adaptée (modalités d'expression du consentement rapproché, identification de la personne référente d'une personne vivant en institution).

3. – Créer une instance représentative des associations des usagers du système de santé

Le mouvement associatif dans le champ de la santé a su proposer et développer depuis des années une réflexion et des actions au service des usagers de la santé (personnes malades, personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie), et de leurs proches. Il paraît désormais nécessaire de conférer une meilleure reconnaissance à ces initiatives plurielles, et d'assurer une représentation effective et durable des usagers dans le système de santé au niveau national et en région.

Décision à prendre :

- concevoir et diffuser une observation régulière sur le respect des droits des usagers, notamment pour permettre à la conférence nationale de santé (CNS) et aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) de remplir leur mission.

Groupe de travail :

- préparer la création d'une instance nationale représentative des associations d'usagers du système de santé dans la variété de leurs missions, en veillant à respecter la diversité du monde associatif, des situations de vie, et des représentations régionales, et ayant vocation, avec des moyens adaptés, à :
 - donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux des usagers;
 - représenter officiellement auprès des pouvoirs publics l'ensemble des usagers et notamment désigner ou proposer les délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par l'Etat et l'assurance maladie ;

- mettre en place un réseau représentant les associations d'usagers du système de santé présentes en régions, notamment chargées de représenter les usagers du système de santé dans les conseils, assemblées et organismes institués par la région, le département, la commune ou tout autre circonscription territoriale compétente en matière de santé et d'assurance maladie ;
- permettre l'accès des représentants des usagers des associations membres de cette instance à la formation prévue par les dispositions législatives ;
- gérer tout service d'intérêt pour les usagers du système de santé dont les pouvoirs publics lui confie la charge,
- suivre l'action des structures adaptées de médiation au niveau local, tant au sens de facilitation de l'accès aux droits et aux soins qu'à celui de l'aide à la résolution des conflits.

Orientations à préciser pour aller plus loin :

- Analyser et soutenir la « démocratie sanitaire » dans son implication territoriale :
 - identifier les pratiques innovantes et promouvoir leur évaluation,
 - soutenir les démarches de subsidiarité et de proximité (contrats locaux de santé, comité d'initiative et d'intégration des acteurs, etc.),
 - former les intervenants dans une perspective pluridisciplinaire soucieuse de représentativité,
 - être attentif au principe de justice dans l'accès aux dispositifs,
 - mieux articuler l'expertise, les compétences et les capacités d'intervention des associations avec celles des professionnels,
 - veiller à l'expression de tous et développer des modes complémentaires d'expression de la parole de tous les usagers et de leurs proches au-delà du seul cadre des associations ou des instances de démocratie sanitaire (enquêtes, débats publics, forums citoyens, ...),
 - et au total veiller à un appui des ARS aux associations, adapté et homogène dans chacune des régions.

Un service public territorial de santé : six recommandations

En matière d'organisation du système de santé, il convient de passer d'une logique de structures et de moyens, quelle que soit la réponse, organique ou fonctionnelle, à une logique de services : le service public c'est une somme de... services en réponse aux besoins, avec un ensemble de caractéristiques, en particulier de non discrimination, d'accessibilité à tous et de qualité. Le service est un objectif à atteindre en matière de santé individuelle et collective sur un territoire, et non pas d'abord des moyens à fournir ou à financer.

4. – Favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaires

Le modèle de l'exercice libéral en solitaire est de moins en moins adapté à une prise en charge des patients atteints de maladie chronique.

Décisions à prendre :

- favoriser l'installation d'équipes de soins de santé primaires en étoffant grandement les compétences du « référent installation » au sein des ARS et en leur assurant un appui technique interministériel.

- mettre en place avant la fin 2013 une grille d'autoévaluation des structures de soins de santé primaires (« matrices de maturité ») adapté au modèle des maisons, pôles (équipes « hors les murs ») et centres de santé.
- développer en 2014 une contractualisation sur objectifs définis entre autre dans les matrices de maturité (intégrant les moyens de la coordination) dans chaque territoire entre les ARS et les structures de soins de santé primaires, à partir d'un contrat type élaboré nationalement.
- favoriser la rémunération de consultations spécialisées avancées auprès des équipes de soins de santé primaires, notamment en zones déficitaires, et aider au développement de formes d'association de plusieurs spécialités dans des structures de proximité pluri-professionnelles.
- engager l'assurance maladie, la mutualité, le CTIP et la fédération des assureurs à développer les mesures techniques nécessaires à la mise en place au 1^{er} janvier 2014 du tiers payant chez tous les médecins libéraux de secteur 1.
- repenser le cadre territorial d'organisation pour l'accès de tous à un dispositif de prévention et de soins en santé mentale, associant les équipes de soins primaires et les spécialistes hospitaliers, pour une meilleure coordination des prises en charge.
- engager la HAS à produire des référentiels de prise en charge de malades poly-pathologiques, faisant intervenir des aspects médicaux mais aussi d'environnement social et économique.
- conforter les travaux engagés par l'instance de simplification administrative de l'exercice libéral, et faire connaître régulièrement l'avancée de ses travaux, pour augmenter le temps consacré aux soins et à l'accompagnement.

Groupe de travail :

- engager un travail juridique :
 - sur le statut fiscal et social du professionnel de santé, facilitant la diversification de types d'activité pour les médecins libéraux,
 - de mise à plat et de simplification concernant les dispositifs de l'exercice professionnel regroupé.

Orientation à préciser pour aller plus loin :

- développer progressivement les compétences d'évaluation médico-sociale au sein des équipes de proximité, notamment en matière de dépistage du risque de perte d'autonomie⁹.

⁹ Le cas échéant en nouant des partenariats avec les équipes des unités mobiles gériatriques des hôpitaux, les équipes de services de soins de suite et de réadaptation, les professionnels de l'hospitalisation à domicile et des services de soins infirmiers à domicile, ou des centres hospitaliers spécialisés.

5. – Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant

L'ensemble des personnes malades doit bénéficier d'une meilleure fluidité de leur parcours de soins et de santé, d'un accompagnement personnalisé pour les personnes nécessitant une coordination renforcée.

Décisions à prendre :

- à fin 2013 assurer qu'un courrier en fin d'hospitalisation, écrit dans un souci de continuité thérapeutique, soit remis au patient lorsqu'il sort de l'hôpital et transmis concomitamment au médecin traitant¹⁰. Il en va de même pour l'avis spécialisé demandé par un médecin traitant.
- en corolaire assurer que toute demande d'hospitalisation ou d'avis spécialisé soit accompagnée d'une lettre du médecin traitant comprenant le volet médical de synthèse.
- fixer l'objectif de mise en œuvre d'ici fin 2014 d'une fonction de coordination, sous l'autorité du médecin traitant, au plus près des malades chroniques, et pour cela :
 - écrire d'ici décembre 2013, un cahier des charges national. Ne pas définir une organisation cible, mais se concentrer sur les fonctionnalités et les résultats attendus, au regard d'un financement approprié. Identifier l'apport du médecin spécialiste de ville ou hospitalier.
 - demander aux ARS de définir dans l'année 2014, avec les professionnels hospitaliers, libéraux, médico-sociaux, sociaux, les usagers, les collectivités territoriales, les réponses organisationnelles de proximité adaptées aux situations de chaque territoire.
 - prévoir la conduite d'une évaluation dans le second semestre 2015, en se fondant sur un cadre défini d'ici décembre 2013.
- soutenir la dynamique des projets PAERPA :
 - en élargissant le champ des dérogations tarifaires à l'occasion du prochain PLFSS,
 - en utilisant les habitudes de travail qui s'y développent pour renforcer l'évaluation des différentes dimensions d'une prise en charge (NTIC, service public d'information, hôpital numérique, etc.), « donner à voir » régulièrement les fruits de cette politique, voire étendre le champ des activités concernées.
- inscrire dans les priorités des ARS le renforcement de la coordination entre l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les compétences en soins palliatifs.

Orientation à préciser pour aller plus loin :

Quelques points du cahier des charges des objectifs à atteindre par la fonction de coordination ou auxquels elle doit contribuer :

¹⁰ Poursuivre parallèlement l'objectif de transmission du compte rendu d'hospitalisation dans le délai maximum réglementaire de huit jours. C'est l'un des indicateurs retenus pour le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq). La démarche doit être généralisée au plus vite.

- autorité reconnue du médecin traitant et implication directe et régulière nécessaire de celui-ci.
- place du médecin spécialiste et sa coordination avec le médecin traitant.
- règles déontologiques partagées.
- ingénierie organisationnelle.
- attentes en matière de prévention et d'éducation thérapeutique.
- bilan personnalisé médical, médico-social, social pour toute personne en situation de fragilité et en risque de rupture.
- suivi du processus d'annonce de la maladie aux différentes phases du traitement.
- attention particulière accordée aux situations relatives aux maladies évolutives justifiant le recours à un séjour temporaire ou définitif au sein d'une institution.
- anticipation des situations de précarité sociale et de crises.
- attention portée aux personnes d'autres cultures, à la médiation interculturelle.
- attention particulière portée à l'articulation entre les EPHAD et les établissements médico-sociaux, les professionnels libéraux, les hôpitaux,
- nécessité d'un partage régulier des informations entre professionnels,
- possibilité de partenariats public-privé pour accompagner les investissements nécessaires.

6. – Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux

Créer du lien ou du liant entre les acteurs en s'inspirant d'initiatives réussies.

Décisions à prendre :

- pour mieux coordonner les prises de décision sur l'organisation du système en local, et créer du lien et de la concertation entre les acteurs, identifier d'ici janvier 2014 un comité départemental d'accès aux soins, instance réunissant au moins une fois par an l'ARS, le conseil général, les caisses primaires, les usagers, les professionnels de santé (en associant les acteurs de la prévention).
- promouvoir la mutualisation des moyens des professionnels dans les territoires de proximité (plateforme territoriale d'appui). A ce titre passer des contrats entre les plateformes territoriales d'appui et leurs ARS, évaluable sur une année.
- renforcer la coopération entre les équipes de soins de santé primaires et les équipes du secteur psychiatrique.

Orientation à préciser pour aller plus loin :

- à l'occasion de l'Acte III de la décentralisation, consolider notamment :
 - les ateliers santé ville,
 - les conseils locaux en santé mentale,
 - les points d'entrée pour l'information et la coordination qu'il s'agisse des centres locaux d'information et de coordination pour les personnes âgées (CLIC), les MDPH, et les MAIA, etc. dont l'activité et la répartition sur le territoire devrait être conçue comme un réseau facilitant l'accès de tous,
 - les contrats locaux de santé intégrant la participation des acteurs,

7. – Créer un service public de l'information pour la santé

Une information de qualité pour la santé, sur le système de santé et l'offre médico-sociale doit être largement accessible à tous les citoyens.

Décisions à prendre :

- lancer dans chaque ARS la mise en ligne d'ici juin 2014 d'un répertoire de l'offre de soins et de santé par territoire, disponible sur le site de l'ARS, et s'assurer de sa mise à jour deux fois par an. En particulier donner une visibilité des différentes compétences disponibles pour assurer la continuité des soins curatifs et de support 24 heures sur 24 jusqu'à la fin de vie à domicile. (cf. rapport de la commission de la réflexion sur la fin de vie).
- continuer à concevoir et développer, *via* la CNSA, une base de données des établissements médico-sociaux, accessible sur Internet, en confortant les dispositions juridiques en la matière.
- mettre à disposition des usagers et des professionnels une information régulière sur les solutions domotiques innovantes.

Groupe de travail et concertation :

- réaliser dans les six prochains mois un travail concerté pour identifier les thématiques, les publics à atteindre, et les étapes de réalisation d'un projet global de service public national de l'information pour la santé.
- en prolongement, lancer un travail, avec le ministère de la santé, le ministère de la culture et de la communication, la CNAMTS, la CNSA, la HAS et la CNS, en concertation avec les acteurs du système de santé et du secteur médico-social, visant à créer d'ici janvier 2015 un socle pour un service public national de l'information pour la santé, qui devra s'enrichir année après année de rubriques supplémentaires :
 - mise en place d'un conseil national stratégique (pluridisciplinaire) associant professionnels de la santé, du social et de la communication, associations d'usagers, représentants des administrations, élus,
 - viser à la mise en place d'une plate-forme multimédia (réseau national, relais en région),
 - identifier des thématiques prioritaires (parcours dans la maladie, parcours personnalisé de santé [de la prévention à l'accès aux dispositifs de soin et d'accompagnement], éducation thérapeutique, précarités dans la maladie, médicaments, qualité et sécurité des pratiques, initiatives de solidarité, informations sur les établissements médico-sociaux, etc.).

8. – Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital

La redéfinition de la fonction de l'hôpital (public comme privé), notamment telle qu'elle est dessinée par le rapport « Le pacte de confiance pour l'hôpital » et les réflexions sur le service public territorial, doivent être mises en œuvre. La certification des établissements de santé et plus

largement la démarche qualité en santé doivent être renforcées, en incitant les établissements à penser « parcours » en interne et à se projeter avec l'aval et l'amont.

Décisions à prendre :

- généraliser dans les établissements de santé le repérage des patients à risque élevé de ré-hospitalisation, en particulier en faisant appel à une évaluation médicale et sociale, et concrétisé par un plan personnalisé de suivi après la sortie, en collaboration avec les équipes de soins de santé primaires.
- veiller dans les décisions d'investissement hospitalier qui seront prises, à ce que :
 - les choix accélèrent les mutations de l'hôpital vers une organisation centrée sur le parcours du patient, ouverte sur son environnement, intégrée dans un dispositif plus large sur un territoire,
 - et en conséquence s'accompagnent de la réduction ou de la transformation des capacités d'hospitalisation traditionnelle.
- pour ce qui concerne les investissements liés au développement du numérique, en sus des requis existants, acter le principe selon lequel tout projet doit s'inscrire dans une perspective de parcours incluant à la fois la totalité de la prise en charge hospitalière du malade mais également l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge en amont et en aval.
- promouvoir des temps de concertation entre médecins hospitaliers, équipes de soins de santé primaires, spécialistes de ville, autour de problématiques de santé territoriales et de pathologies spécifiques, dans l'objectif de mettre en œuvre des protocoles de parcours de soins et de santé.
- garantir d'ici fin 2013 que chaque médecin traitant puisse effectivement joindre un médecin hospitalier dans le service prenant en charge la personne malade qu'il suit.
- inciter les médiateurs hospitaliers à échanger avec les professionnels de santé hospitalisés pour collationner leurs observations *in situ*.
- demander à la HAS en 2014, pour ce qui a trait à la certification des établissements de santé :
 - la mise en place d'un système de cotation plus exigeant pour certains processus de la thématique parcours (« continuité de la prise en charge », « sortie » par exemple.),
 - la mise en œuvre progressive de la méthode dite du « patient traceur »,
 - la présentation des rapports de certification en un nombre réduit de processus (une vingtaine par exemple).
- organiser une séance publique chaque année des conseils de surveillance des établissements de santé et des conseils d'administration des établissements médico-sociaux, destinée à la présentation de leurs actions en faveur d'une plus grande coordination des soins et des accompagnements avec la ville.

Groupes de travail :

- un premier groupe pour analyser la pertinence d'éléments de certification conjointe ou commune des établissements de santé d'un même territoire de santé.
- un second groupe pour l'évaluation des enseignements de l'expérience danoise de généralistes qui à temps partiel occupent des postes de conseiller ou de coordinateur, pour les relations entre la ville et l'hôpital.

Orientation à préciser pour aller plus loin :

- initier et développer à partir de janvier 2014, sur deux-trois ans, dans plusieurs territoires de vie, des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) pluri-professionnelles, entre professionnels de santé et organisations de soins, sur un thème structuré par les parcours, et inscrit dans un programme pluriannuel d'une ou plusieurs ARS volontaires.

9. – Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé

La coordination soignante relève par nature de la médecine de proximité. Et c'est aux établissements de santé de lui fournir, au bon moment, l'apport puissant de compétences cliniques et techniques dont le « parcours » d'un malade peut avoir besoin. C'est dans ce sens que l'on peut dire – par métaphore physiologique – que l'hôpital agit comme un « cœur » dans le système. Les établissements n'ont, en revanche, pas vocation à être un lieu vers lequel convergerait par défaut tout ce qui n'a pas trouvé ailleurs de réponse organisée. Les conditions dans lesquelles interviennent les hospitalisations doivent être optimisées et le recours inapproprié aux services d'urgences hospitalières doit être réorienté.

Décisions à prendre :

- soutenir la place prééminente des CHU et des centres de référence pour l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques.
- accompagner, par des outils juridiques appropriés, les initiatives des établissements hospitaliers visant à compenser des insuffisances patentées d'offres ambulatoires dans certains territoires.
- mettre en place un mécanisme d'intéressement des hôpitaux à la fluidité des ou de parcours de soins et de santé, par l'utilisation du « fonds stratégie nationale de santé » à gestion régionale, et en fonction des priorités locales, au titre par exemple (liste indicative et non cumulative) :
 - des responsabilités de recours dans le parcours personnalisé de santé,
 - du développement de l'intervention d'équipes mobiles hors les murs dans le cadre de leur mission d'intérêt général, en inscrivant ce développement dans un contrat liant l'hôpital et les équipes de soins de santé primaires,
 - de l'organisation de la prise en charge en lien avec l'amont et l'aval (en incluant les hospitalisations non programmées et l'accueil des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap),
 - des relations avec les professionnels en dehors de l'établissement,
 - de la réduction des hospitalisations évitables.
- fixer systématiquement l'heure de sortie d'une hospitalisation « complète » en fin de matinée (et non pas en milieu d'après midi).
- réévaluer régulièrement *via* les ARS la pertinence des gardes pour chaque territoire de santé et dans chaque hôpital.
- demander aux ARS en s'appuyant sur les CODAMUPS d'optimiser l'organisation par territoires de santé entre les secteurs de garde et les hôpitaux de proximité, à partir d'une évaluation régulière de l'impact des secteurs de garde sur les flux de recours aux

urgences hospitalières (en prenant en compte le reste à charge pour les patients, l'accès au plateau technique hospitalier et la coordination des équipes médicales et soignantes).

- intégrer le service de santé des armées dans la régulation centre 15 et dans la permanence territoriale des soins.
- sur les quatre prochaines années, améliorer la continuité des soins en EHPAD, par un renforcement des compétences médicales et infirmières, soit par recrutement soit par contrat avec les professionnels libéraux, jour comme nuit, et mettre en œuvre un lien contractuel entre les EHPAD et les équipes mobiles gériatriques hospitalières pour limiter le recours aux urgences hospitalières. Faire de cet objectif de limitation du recours aux urgences l'une des conditions de l'augmentation de crédits de médicalisation des EHPAD.
- établir d'ici décembre 2013 dans chaque établissement concerné, lorsque cela n'est pas fait, une « contractualisation » interne entre les SAU et les plateaux techniques pour un accès fluide aux examens complémentaires (imagerie, biologie), et assurer l'effectivité de cette « contractualisation ».
- en complémentarité avec les actions engagées («*bed manager*»), organiser une commission des soins non programmés dans chaque hôpital, pour mettre en œuvre en un an un plan de gestion des lits non programmés, et le suivre ensuite ainsi qu'un indicateur des hospitalisations évitables.

10. – Aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé

L'acte médical comporte la nécessité d'informer tous les acteurs de la chaîne de prise en charge. C'est pourquoi les échanges d'information doivent être facilités et plus systématisés entre les professionnels de santé, et faire l'objet d'intéressement sur objectifs de santé publique et de mise à disposition d'outils performants.

Décisions à prendre :

- prendre les décisions réglementaires permettant la prescription électronique¹¹. Et la valoriser *via* les indicateurs de rémunération sur objectifs de santé publique des médecins d'exercice libéral.
- saisir la CNIL sur les possibilités d'utilisation du NIR, plutôt que d'avoir à bâtir un autre chemin technique. C'est un point de blocage majeur.
- favoriser les échanges entre professionnels par messagerie sécurisée, via l'intégration dans les systèmes d'information des professionnels de santé, et en donnant une valeur juridiquement probante aux différentes pièces échangées.
- cibler une première étape de développement d'un DMP sur un contenu socle (biologie, médicaments, volet médical de synthèse, compte rendu d'hospitalisation) pour les malades chroniques et les personnes âgées en perte d'autonomie, puis pour les femmes

¹¹ L'e-prescription doit être étroitement associée aux systèmes d'aide à la prescription et de dispensation. Elle a vocation à enrichir le DMP et à être intégrée aux différents systèmes de vigilances. Elle permettra la gestion synchrone de l'ordonnance de sortie de l'hôpital.

enceintes et les jeunes enfants. Les compléments à ce dossier pouvant être additionnés progressivement dans une logique de dossier « réparti » (avec « appel » des données dans le serveur où elles se trouvent).

- inciter les établissements de santé et médico-sociaux à mutualiser leurs moyens et compétences en matière de services de système d'information.

Groupes de travail :

- conduire un travail juridique pour :
 - assouplir tout en les hiérarchisant les règles de partage et d'échange d'informations, notamment au regard du secret professionnel, quel que soit le lieu de soins et d'accompagnement, pour permettre l'échange d'informations entre professionnels de santé, personnels médico-sociaux et travailleurs sociaux.
 - unifier les régimes d'accord du patient et les modalités de son recueil pour les différentes bases contenant ses données personnelles de santé (DMP, DP, historique des remboursements ... etc.).
 - unifier les régimes juridiques (consentement exprès ou droit d'opposition) par amendement de l'article L. 1110-4 du code de santé publique (CSP), afin de permettre l'intervention d'équipes de soins.
 - retenir pour toutes les structures de soins (cabinets, centres, cliniques, réseaux, hôpital public ...) les mêmes règles juridiques pour assurer la traçabilité des accès et des consultations des bases de données (que celles-ci soient internes ou hébergées chez un hébergeur agréé).
- organiser une réflexion sur six mois (chef de file le ministère de la santé) pour garantir la cohérence ou la compatibilité-appariement possible à terme entre DMP II, volet médical de synthèse, plans personnalisés de soins, indicateurs de pratique clinique, historique des remboursements CNAMTS, etc. pour les malades chroniques, les cancers, les personnes âgées.

Orientations pour aller plus loin :

- fixer un objectif ambitieux de développement du dossier médical partagé :
 - en faisant évoluer les logiciels métiers dans l'optique d'une base de données patients partagée,
 - en intégrant des outils de prescription automatisée, d'aide à la décision, d'amélioration de la qualité des pratiques, d'aide à la gestion, d'aide au recueil et à l'utilisation de données cliniques à des fins de recherche,
 - en développant les procédures de contrôle du respect des règles d'accès aux dossiers des patients,
 - et en rendant obligatoire la communication du journal des traces à la demande du patient.
- définir, par situation clinique, un nombre limité de données qui permettront :
 - d'alimenter des documents de synthèse dématérialisés et échangés entre systèmes d'information pour la coordination des soins,
 - d'actionner un ensemble de fonctionnalités cohérentes en conformité à l'état des connaissances sous la forme :
 - d'alertes (combinaison de plusieurs données standardisées qui entraîne un signal au cours de la consultation),
 - de mémos (information courte liée à une donnée standardisée rappelant au professionnel ce qui est à faire en cours de consultation en lien avec cette donnée, par ex. bilan à réaliser),
 - d'indicateurs de pratique clinique,
 - et pour cela s'appuyer sur un codage des données cliniques.

11. – Développer la télémédecine à bon escient

Les potentialités de la télémédecine paraissent considérables. La télémédecine ne saurait cependant à elle seule se substituer à la nécessaire relation directe entre une personne et l'équipe soignante, même si elle permet de déployer des compétences dans une plus grande proximité au service des personnes malades.

En matière d'investissement, il importe de distinguer la pertinence et le besoin de télémédecine dans les situations et les zones géographiques où l'expertise médicale est incomplète, d'autres cas de figure où les potentialités sont réelles mais mal définies.

Décisions à prendre :

- identifier rapidement les situations dans lesquelles l'utilisation de la télémédecine a fait la preuve de son efficacité et les généraliser.
- financer le développement de la télémédecine dans les territoires où l'offre professionnelle est incomplète pour permettre un meilleur accès à l'expertise voulue. Conditionner ce financement à :
 - l'existence d'organisations intégrées (coopération interprofessionnelle contractualisée incluant une organisation de prise en charge de premier recours de proximité regroupée et articulée à un réseau d'experts ou aux établissements de santé et médico-sociaux),
 - l'insertion dans un système d'information,
 - des contraintes de permanence des soins pour les acteurs concernés,
 - une évaluation de l'impact du dispositif retenu sur les parcours de soins et de santé concernés,
 - un appel d'offres auprès des opérateurs.
- et dans les autres cas de figure (hors pénurie d'offre), accompagner le développement de la télémédecine en se fondant sur un cadrage méthodologique national (ingénierie organisationnelle et évaluation) et en procédant par appels à projets régionaux.
- se doter d'un pilotage administratif national de la télémédecine intégrant l'ensemble des compétences du champ (industrielles, financières, territoriales, etc.).
- engager une réflexion sur les aspects particuliers de la déontologie des pratiques professionnelles devant s'appliquer à la télémédecine et à la e-santé.

12. – Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes

La pertinence des actes et la qualité des organisations sont garantes de la qualité d'une prestation du fait que cette dernière est adaptée à la personne, qu'elle intervient au bon moment et dans la continuité de son parcours de soins et de santé. Elle est également garante de la bonne utilisation des ressources collectives.

Décisions à prendre :

- développer des indicateurs de pertinence pour les établissements de santé et pour la médecine de ville.

- valoriser la conformité des pratiques par rapport aux indicateurs de qualité et de pertinence dans les établissements et en ville.
- prendre les dispositions juridiques rendant opposables un premier ensemble de référentiels de bonne pratique fondés sur des preuves cliniques indiscutées.
- assurer la tenue de réunions hebdomadaires de synthèse dans les unités de soins hospitaliers ou dans les équipes de soins de proximité, permettant l'échange de points de vue entre tous les membres des équipes.
- favoriser les revues de morbi-mortalité, les comités de retour d'expérience et les réunions de recherche de causes d'évènements indésirables entre professionnels de santé, pour « expliquer » et non « s'expliquer ».
- étendre progressivement les démarches déclaratives permettant l'« accréditation » des professionnels de santé, pour favoriser une meilleure déclaration et analyse des événements porteurs de risque.

Orientations à préciser pour aller plus loin :

- tenir compte des besoins humains et sociaux de la personne dans la définition de son parcours de soins, en incluant les besoins d'accompagnement et d'insertion dans la Cité, cela tout particulièrement en santé mentale. Les intégrer dans les référentiels de bonne pratique.
- élaborer avec les professionnels et les usagers des recommandations « de ne pas faire » pour des interventions reconnues par tous inutiles voire dangereuses.
- intégrer les démarches relatives au DPC, à l'accréditation, à la satisfaction des usagers et à l'appréciation entre pairs.

13. – Réformer les modalités de rémunération et de tarification

La médecine de parcours passe par des tarifications incitant à un travail soignant plus transversal et plus coopératif entre l'hôpital, les soins de ville et le médico-social, appuyé sur des formes d'exercice pluri-appartenantes et pluri-professionnelles, et valorisant la prévention. A ce titre, il faut rendre cohérentes entre elles les réformes du financement des hôpitaux, des EHPAD, et des modes de rémunération de l'activité libérale.

Décisions à prendre :

- assurer un suivi global et s'assurer de la cohérence de l'évolution des tarifications fixées par l'Etat à l'hôpital et par la voie conventionnelle en ville, en élargissant le conseil de l'hospitalisation pour constituer un conseil de la tarification.
- demander à chaque ARS un état de la mise en œuvre sur la seule année 2014 du déploiement demandé par la DGOS de la comptabilité analytique hospitalière dans les établissements. Et renforcer l'animation déjà engagée d'un réseau de professionnels hospitaliers autour de l'analyse et du contrôle de gestion.
- développer et diffuser des études comparatives de coûts :
 - entre hôpitaux, en prenant appui sur la base de données nationales,
 - de séquences de parcours de soins et de santé en commençant par mettre en place un groupe de travail chargé dans les douze mois de tester la structuration et d'analyser l'ensemble des données relatives à une séquence de parcours de

soins et de santé type (données cliniques relatives au diagnostic, prescriptions d'examens complémentaires et de traitement, historique des remboursements, etc.).

- transformer l'actuel fond d'intervention régionale (FIR) en un «fonds stratégie nationale de santé» à gestion régionale, de montant significatif dans la répartition des crédits de l'ONDAM et en garantissant son existence pérenne :
 - en élargissant son champ d'intervention, pour augmenter nettement les possibilités de financement d'organisations de prises en charge mieux coordonnées, faisant la preuve de leur efficacité en matière notamment de réduction des hospitalisations « complètes » inappropriées,
 - et en modifiant ses modalités de gestion pour accompagner les stratégies régionales de réallocation de moyens :
 - en fondant les attributions sur des critères robustes et simples d'évaluation,
 - en prévoyant que ce fonds puisse être en outre alimenté en région en proportion de marges dégagées sur l'exécution des dépenses des exercices précédents.
- pérenniser, dans le cadre du PLFSS 2014, le dispositif des nouveaux modes de rémunération en ambulatoire (dotation forfaitaire), en l'étendant de telle manière que la totalité des équipes de soins de santé primaires puissent en bénéficier, en attendant le développement d'une contractualisation sur objectifs entre les ARS et les structures de soins de santé primaires, à partir d'un contrat type élaboré nationalement, basé sur le nombre de patients suivis et sur les matrices de maturité (grilles d'évaluation des structures).
- en ambulatoire mettre toutes les marges de manœuvre sur la prise en compte du temps clinique et de coordination, massivement sur les rémunérations d'équipes, tout en confortant le mécanisme d'intéressement sur objectifs de santé publique. Pour les spécialistes de ville inclure dans leurs objectifs de santé publique des engagements d'accueil des urgences, de consultations à échéance rapprochée, de participation aux parcours de soins.
- rendre à temps les arbitrages nécessaires pour que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) des établissements et les tarifs soient connus avant le 1^{er} janvier.
- renforcer et consolider la gestion régionale des missions d'intérêt général, les dotations aux établissements étant établies en fonction d'objectifs fixés à partir d'une analyse prospective des besoins régionaux, prenant en compte des indicateurs de qualité, de pertinence et de coûts, et actualisées au vu d'indicateurs d'activité.
- identifier pour les établissements une dotation en sus, propre à la coordination de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques avec l'amont et l'aval de l'établissement. Cette dotation sur objectifs est fixée par l'ARS en fonction d'indicateurs de qualité, de pertinence et de coûts, et actualisée au vu d'indicateurs d'activité.
- fonder la décision de prise en charge par l'assurance maladie et la fixation du prix des produits de santé sur une analyse médico-économique mettant en regard l'intérêt thérapeutique relatif du produit (en lieu et place du SMR et de l'ASMR), son gain pour la santé et son coût.

Groupe de travail :

- élargir le champ du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) pour en faire une commission nationale de la réforme de la rémunération et de la tarification des activités de soins et de santé, en charge de préconiser d'ici avril 2014 une voie d'évolution des modes de tarification et de rémunération des activités en ville, en établissements de santé et médico-sociaux, en prenant en compte la mixité des modalités de rémunération, pour consolider l'approche coordonnée des prises en charge, la qualité et la pertinence des soins. La réflexion pourrait porter par exemple sur :
 - le principe d'une dotation forfaitaire partagée entre équipes de ville et établissements hospitaliers et médico-sociaux, correspondant à la prise en charge et l'accompagnement de malades chroniques complexes suivant des parcours de soins et de santé.
 - l'élaboration et la maintenance des tarifs hospitaliers, la neutralité tarifaire et la prise en compte non des coûts moyens mais de ceux des établissements les plus efficaces, par groupes d'établissements comparables, sans obérer l'objectif commun d'amélioration constante de l'efficacité.
 - l'évaluation comparative d'une tarification à l'activité et d'une allocation de moyens négociés sur objectifs à atteindre dans une logique territoriale de services, avec un mécanisme d'actualisation au vu d'indicateurs d'activité.
 - l'avancée des connaissances et des recherches nécessaires en matière de modalités de rémunération (à la performance, par séquence de prise en charge ville-hôpital, etc.).
 - le fondement analytique dans les EHPAD et ses conséquences en termes de prise en charge financière de :
 - ce qui relève des soins,
 - ce qui relève d'un surcoût dépendance, tant pour les soins que pour l'hébergement,
 - ce qui relève du coût de l'hébergement comparable aux charges assumées avant entrée en institution.
 - le principe pour les EHPAD d'une part de dotation forfaitaire liée à la participation à une prise en charge de parcours de santé, et la possibilité pour ces établissements d'intéressement sur objectifs à atteindre (ce qui passe par un mécanisme de type mission d'intérêt général).
 - l'intégration dans les différentes tarifications des spécificités liées aux situations de handicap.
 - l'impact des modalités retenues sur l'évolution des restes à charge.

14. – Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux

La formation doit garantir la compétence, et tout autant l'acquisition de valeurs humanistes, le regard critique et la capacité à travailler en équipe. Il convient d'assurer un corpus de base de connaissances identiques pour les futurs professionnels de santé, une culture partagée par tous.

La réflexion sur les études médicales et soignantes est largement engagée par le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, avec le concours des présidents d'Université et la conférence des doyens.

Nous prenons note avec intérêt du contenu du nouveau programme du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (« apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle »).

Décisions à prendre :

- renforcer la prospective sur les besoins : développer des capacités nationale et régionales d'observation et d'analyse prospective commune aux partenaires sur l'emploi et la formation dans les champs sanitaire, social et médico-social (répartition sur le territoire, nombre de professionnels à former compte tenu de l'évolution de l'offre et de la mobilité européenne, des nouvelles perspectives de départ à la retraite et des transferts de compétences souhaitables entre professionnels, particulièrement à domicile...).
- établir des conventions entre ARS et université pour définir les objectifs territoriaux de la formation.
- consolider l'ancrage des formations au sein des CHU et continuer de l'ouvrir au réseau des établissements de santé, et au sein des équipes de proximité et de spécialistes en ville.
- poursuivre l'objectif de regrouper les facultés de maïeutique, médecine, odontologie, pharmacie dans des facultés des sciences de la santé, et concevoir de grands ensembles santé régionaux ou interrégionaux (au sein de l'université ou en réseau) (sciences de la rééducation, sciences infirmières et autres sciences de la santé) afin de délivrer une culture commune et des enseignements mutualisés.
- ajouter dans le troisième cycle une obligation de stage en ambulatoire, en autonomie et en pleine responsabilité, pour tous les futurs généralistes comme pour les futurs spécialistes.
- demander à la conférence des doyens de proposer un enseignement universitaire sur ce que l'on entend par « *obstination déraisonnable* ».
- construire un corpus scientifique commun aux enseignants, chercheurs et praticiens autour de la promotion de la santé, de la connaissance et des pratiques de soins, de l'organisation, du fonctionnement et de la performance du système.
- assurer à tous les futurs médecins une maîtrise de l'anglais en fournissant un nombre conséquent d'enseignements et en exigeant des évaluations dans cette langue.
- former tous les étudiants en médecine à l'utilisation des données de santé dématérialisées en pratique clinique et en santé publique :
 - laissant de côté les aspects technologiques de base pour se consacrer à l'enseignement des processus et des systèmes d'information pour la pratique et la santé publique,
 - mettant l'accent sur le partage et l'échange de données de santé entre professionnels et usagers.
- développer la formation aux métiers et aux interventions à domicile :
 - renforcer les possibilités de formations spécialisées au profit des métiers d'aide à domicile, métiers qui représentent de nombreuses perspectives d'emplois pour les jeunes,
 - renforcer les actions de formation qualifiante pour les professionnels de l'aide à domicile, et les moyens d'action des associations concernées, en simplifiant les procédures administratives et en fixant chaque année quelques priorités thématiques,
 - développer la formation qualifiante des professionnels intervenants au domicile des personnes en fin de vie,
 - étendre aux aidants naturels qui accompagnent toute situation de perte d'autonomie, les dispositions déjà retenues pour les aidants familiaux de personnes en situation de handicap.

- rapprocher les référentiels de formation des professionnels de santé et des assistants sociaux, pour favoriser la transversalité entre le sanitaire et le social.
- dans le cadre actuel du développement professionnel continu favoriser le financement de formations interprofessionnelles pour les équipes traitantes et soignantes de proximité et le développement d'unités mixtes de formation continue.

Concertation :

- conduire une concertation pour :
 - revoir les critères de sélection dans les cursus universitaires des futurs professions de santé, fondés davantage sur les motivations du service à la personne malade, la capacité d'adaptation à l'environnement, de travailler en équipe et d'analyse de situations complexes, le regard critique, etc.
 - revoir les modes d'entrée dans ces cursus :
 - une sélection dès l'entrée, et restant majoritaire,
 - des passerelles pour d'autres compétences universitaires dont une licence santé (dont le contenu et les débouchés restent à définir),
 - la validation des acquis de l'expérience (VAE),
 - prévoir des modalités de réorientations précoces.
 - questionner non pas le principe d'une évaluation qui reste nécessaire au sein de chaque métier, mais celui d'un classement unique d'orientation entre tous les métiers de la médecine.
 - repenser l'organisation des études dans une dimension interrégionale, pour répondre à l'objectif d'une meilleure régulation des postes ouverts au regard des besoins territoriaux, tout en veillant à l'équité entre étudiants que constitue un contenu commun de sujets d'examens permis par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information.

Orientations à préciser pour aller plus loin :

- revoir les modes d'apprentissage (nouveaux outils et nouvelles méthodes pédagogiques) pour développer une médecine de parcours :
 - de nouveaux outils pédagogiques, en tenant compte du numérique et des développements des « *massive on line open courses* », et des outils de simulation,
 - de nouvelles méthodes pédagogiques : de l'apprentissage théorique individuel à une pédagogie active *via* le travail par équipe interdisciplinaire sur projet (par exemple territorial avec mise en situation d'acteur).
- réinterroger le nombre optimal de disciplines qui conduit aujourd'hui à une hyperspécialisation et à une segmentation excessive des soins, compte tenu notamment des perspectives en matière d'approche moléculaire.
- associer les patients, leurs proches, leurs représentants dans la définition, la mise en œuvre, l'évaluation et l'amélioration des collaborations entre enseignants et praticiens.

15. – Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé

Il faut mettre fin au modèle en silo qui enferme les professionnels dans des périmètres de métiers et d'actes. Il faut permettre d'une part un avancement de carrière soignante sans « éloignement » du malade, et d'autre part développer de nouvelles compétences pour aider à une meilleure fluidité des parcours de soins et de santé.

Décisions à prendre :

- reconnaître le métier d'infirmier clinicien :
 - en identifiant des compétences élargies (évaluation des risques, prévention, annonce, accompagnement et suivi clinique et thérapeutique, plan personnalisé de soins, éducation thérapeutique, etc.),
 - en introduisant dans le répertoire des métiers de la fonction publique une fiche spécifique,
 - en retenant un déroulement de carrière correspondant.
- simplifier la réglementation en matière de transferts de compétences, renverser l'architecture de l'article 51 de la loi HPST, en proposant des cahiers des charges nationaux pour les thématiques les plus concernées, sous la forme de recommandations, en laissant chaque équipe élaborer son protocole mis en œuvre sous la responsabilité des médecins. Cette réforme de l'article 51 passe également par un travail interministériel, pour :
 - une identification des masters ou des DU permettant de valider les compétences nécessaires,
 - une évolution du droit permettant à la structure-équipe de soins de santé primaires de facturer un acte à l'assurance maladie, et à cette structure-équipe d'organiser en son sein la ou (les) rémunération(s) individuelle(s) liées à cet acte.
- veiller à une coordination entre le ministère de l'enseignement supérieur et celui de la santé pour identifier parmi les masters de spécialisation ceux qui pourront être retenus comme qualification pour de nouveaux métiers de santé.
- accélérer le projet de la DGOS de lancer des concertations dans le cadre des travaux de l'Observatoire National de l'Emploi et des Métiers (ONEM-FPH), en étendant le champ des travaux à la médecine de ville et au secteur médico-social.
- créer les conditions *via* les ARS et les conseils régionaux d'un développement de la gestion prévisionnelle des emplois et des métiers dans les territoires de santé.

16. – Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche

Stratégie nationale de recherche et stratégie nationale de santé doivent se renforcer. Notre propos ici se centre sur la mise en cohérence des programmes de recherche, les priorités retenues en matière de recherche (vieillesse, maladies chroniques, médecine personnalisée, maladies infectieuses, innovations technologiques) répondant bien aux défis auxquels doit répondre notre système de santé

Tout doit être fait pour que l'allongement de la durée de vie ne soit pas une source de mise en situation de handicap ou de perte d'autonomie : c'est l'objet central aussi bien de la recherche sur les nouvelles technologies de santé et la médecine régénératrice, que de la mesure et de l'évaluation d'une politique publique au service des personnes.

De manière à mettre le pays en capacité de développer des politiques en matière de santé qui soient fondées sur la preuve, il est nécessaire de développer des recherches sur les déterminants des inégalités sociales de santé, la prévention, les services de santé, et sur l'évaluation des politiques publiques. La prise en compte des aspects économiques (maîtrise de la croissance des dépenses de santé, conséquences du poids croissant des intérêts économiques dans les enjeux de santé), et des questions d'équité, est d'importance croissante dans un système de plus en plus contraint financièrement.

Les organisations et les financements en matière de recherche doivent être coordonnés afin d'apporter des réponses aux défis de santé de la population et améliorer sa compétitivité internationale. Ces défis rendent cruciales les approches interdisciplinaires et la mise en commun des efforts pour que les équipes atteignent des masses critiques suffisantes.

Les applications des technologies de l'information et de la communication au service de la personne, et également l'e-santé, représentent un enjeu scientifique, médical et social considérable.

Décisions à prendre :

- créer avant fin 2013 un co-pilotage, entre ministère de la santé et ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, des sources de financement et des structures de la recherche biomédicale et translationnelle, rassemblant l'ensemble des acteurs de la programmation publique, et renforcer les synergies entre opérateurs locaux et nationaux.
- améliorer la compétitivité aux plans européen et mondial de la recherche biomédicale, translationnelle et en santé publique, *via* une priorisation des champs soutenus (vieillesse, maladies chroniques, médecine personnalisée, maladies infectieuses, innovations technologiques et informatique en santé) et un regroupement de masses critiques.
- augmenter nettement le nombre d'enseignants-chercheurs de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) et le nombre de postes de chef de clinique en médecine générale, et les impliquer dans des structures de recherche labellisées, et notamment des projets de recherche translationnelle.
- contribuer par la recherche aux décisions politiques en matière de santé, notamment en matière de sécurité sanitaire et environnementale, et financer dès 2014 un programme national de recherche en santé publique et en sciences humaines, économiques et sociales de la santé, coordonnant dans une perspective pluriannuelle, l'ensemble des financements publics (dont ceux émanant des organismes de protection sociale), portant notamment sur le fonctionnement et la gestion du système de santé, les politiques publiques et les interventions sociales, fonctionnelles et structurelles (en particulier celles visant à réduire les inégalités de santé), l'analyse des besoins de santé, la participation des professionnels et des citoyens, l'évaluation.
- bâtir un socle de connaissances sur l'organisation et l'efficacité du système de santé.
- développer les recherches sur l'analyse des déterminants sociaux de la santé, la prise en compte des inégalités socio-économiques dans la survenue des maladies, en particulier chroniques.
- développer la recherche appliquée pour les soins et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.
- promouvoir des projets structurants permettant l'appariement des grandes bases de données individuelles générées par les avancées des techniques biologiques avec celles contenant des données cliniques ou médico-administratives.

- articuler dans chaque territoire les acteurs de la recherche en santé, les structures et équipes de soins et de santé, et les collectivités territoriales pour mieux guider les actions en matière de politique de santé, et asseoir les actions de régulation des ARS, notamment en ouvrant à la santé publique territoriale les unités de soutien à la recherche des établissements de santé.
- promouvoir une recherche en santé tournée vers les technologies de rupture et la médecine de demain, et notamment accompagner l'accès à des dispositifs médicaux potentiellement très innovants, en développant une démarche associant évaluation clinique, évaluation médico-économique, évaluation des bonnes conditions de mise en œuvre en situation réelle, et financement approprié. Cette démarche peut s'inspirer de celle mise en œuvre dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour les médicaments.
- articuler le comité stratégique des industries de santé, et le comité stratégique de filières Santé, à la stratégie nationale de recherche en biologie-santé
- impliquer systématiquement les associations de patients particulièrement concernées par leurs thématiques aux différents niveaux d'élaboration des programmes de recherche, en favorisant davantage le développement d'instances de dialogue dédiées.

Orientations à préciser pour aller plus loin :

- poursuivre la démarche de *continuum* dans l'organisation et le financement de la recherche, depuis des approches très fondamentales jusqu'à une recherche translationnelle et à visée thérapeutique, en s'appuyant sur le rôle fédérateur d'Aviesan pour l'ensemble des acteurs de cette recherche.
- améliorer la compréhension des impacts de l'environnement et des modes de vie sur la santé humaine, en conjonction avec les approches des sciences humaines et sociales.
- développer une recherche permettant de mieux comprendre les comportements de défiance à l'égard des stratégies de prévention pour rendre plus efficaces les politiques publiques.
- développer une réflexion scientifique transversale aux disciplines universitaires, mettant en jeu les fondements légaux, politiques et sociaux et les options éthiques, et lui conférer une lisibilité.
- continuer de soutenir des partenariats public-privé.

17. – Renforcer les capacités prospectives et stratégiques

Plus l'administration centrale sera orientée vers une fonction de maîtrise d'ouvrage et d'animation du réseau des ARS, plus elle devra s'appuyer sur une capacité accrue d'anticipation, d'analyse prospective des besoins et d'évaluation des résultats.

Décisions à prendre :

- promouvoir des outils de connaissance :
 - diffuser le tableau de bord élaboré annuellement par le HCAAM,
 - communiquer sur le programme de qualité et d'efficacité associé chaque année au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

- associer à la publication des comptes de la santé un bilan de la santé de la population française à partir de données ventilées par âge, sexe, niveau d'études, catégorie socio-économique et région de résidence.
- renforcer les capacités d'analyse médico-économique, notamment en programmant conjointement et articulant les travaux de la DREES, de la CNAMTS et de la HAS.
- développer des compétences au sein de l'administration de la santé et élaborer une méthodologie pour une évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé (EIS), en s'inspirant des meilleurs exemples hors de France en la matière.
- développer la production de données de santé ambulatoires et leur exploitation, par le financement de compétences de gestion de l'information médicale sur les territoires au sein de plateformes territoriales d'appui, pour mieux orienter et évaluer les actions de santé territoriale.
- renforcer la composante stratégique du ministère de la santé, pour améliorer la gestion du système de santé et enrichir la politique de sécurité sanitaire par des débats publics, en suscitant la confrontation d'experts et la délibération sociétale avec différentes instances.

Orientation à préciser pour aller plus loin :

- proposer que soit identifiée durablement la santé dans les axes de travail du commissariat général à la stratégie et à la prospective, soulignant ainsi la nature interministérielle de la politique publique de santé.

18. – Avec les ARS faire le choix de la subsidiarité

Il faut aller au bout de l'intuition fondatrice que sont les ARS et leur donner le maximum de marges de manœuvre, en considérant que la décision doit être prise au plus près des réalités de terrain, et le recours aux instances supérieures limité aux orientations stratégiques et aux grands arbitrages.

Décisions à prendre :

- faire se prononcer les conseils de surveillance des ARS sur les grands éléments d'une stratégie régionale de santé.
- prévoir sur trois ans une campagne de recrutements, par redéploiement de postes, de compétences en animation, en organisation, en conduite de projets, au sein des ARS, pour être mieux en capacité d'anticiper et d'accompagner des projets de réorganisation des soins de proximité.
- engager une concertation avec les partenaires conventionnels, pour enrichir le système conventionnel actuel par :
 - des conventions nationales cadre – « maîtrise d'ouvrage » –, par exemple en orientant les négociations conventionnelles nationales vers la détermination des indicateurs relatifs au financement sur objectifs de santé publique, et à leur valorisation globale.
 - des conventions territoriales – « maîtrise d'œuvre » –, contractées entre l'ARS, le coordonnateur de la gestion du risque de l'assurance maladie (CPAM) et les professionnels de santé, permettant par exemple de valoriser selon les priorités

territoriales les différents indicateurs relatifs au financement sur objectifs de santé publique des structures-équipes de proximité.

- déconcentrer vers les ARS les concours nationaux versés aux collectivités locales dans le champ de l'autonomie, afin que les ARS puissent contractualiser avec les collectivités territoriales concernées des programmes d'amélioration de la prise en charge des soins de support à domicile et dans les EHPAD.
- faire évoluer le régime d'autorisation relatif aux activités des établissements de santé afin qu'il puisse mieux répondre aux besoins territoriaux tels qu'appréciés par les ARS.
- élargir l'accès des ARS aux données du SNIIRAM¹², et leur donner la capacité de renforcer leur compétence en analyse de données. Cette connaissance est indispensable à la programmation et à la gestion de parcours de soins et de santé.
- rendre obligatoire une feuille de route commune aux ARS et aux DRJSCS pour les parcours de santé des personnes les plus fragiles et les objectifs de santé dans la politique de la ville.

Orientation à préciser pour aller plus loin :

- tout en respectant l'autonomie des directeurs généraux, challenger les organisations des ARS. Les organigrammes des ARS sont pour l'essentiel le reflet des services de l'Etat, des ARH et de l'Assurance maladie que le législateur a regroupé sous l'ombrelle des ARS. Alors que l'ambition de la stratégie nationale de santé est d'inciter tous les professionnels de santé et du secteur social à la transversalité et au travail collaboratif, il est urgent de faire de même au sein des organigrammes des ARS.
- renforcer des schémas de coopération entre les ARS et les CPAM.

19. – Réorganiser le pilotage national

L'histoire a conduit à une bipartition majeure du pilotage et de la production des politiques de santé : promotion et prévention/sécurité sanitaire/soins hospitaliers sous pilotage Etat, soins de ville/remboursement des soins/indemnisation de l'incapacité de travail sous pilotage assurance maladie.

Le bicéphalisme de l'encadrement du système de santé conduit à de nombreuses faiblesses en termes de cohérence de la politique publique, par exemple :

- cloisonnement de la régulation des secteurs hospitalier et ambulatoire,
- décisions non coordonnées concernant la rémunération des acteurs et la tarification des activités,
- moyens et compétence de traitement des données de santé inégalement répartis,
- coordination insuffisante entre la gestion du risque et les agences sanitaires,
- dispersion des financements et des actions de prévention.

Cette répartition n'est plus justifiée au regard des ambitions de la stratégie nationale de santé. « La nécessité d'une gouvernance concertée, si ce n'est unifiée, est encore plus indispensable en temps de

¹² Et progressivement à l'ensemble des outils de connaissance des prestations fournies par type de financeur et par type de prestations fournies, au rythme de la réorganisation de la gestion des données de santé recommandée dans la recommandation 19.

crise ; il y a nécessité de surmonter les difficultés actuelles liées au triple pilotage Etat / assurance maladie / conseils généraux. »¹³

L'organisation à atteindre doit permettre de répondre à différentes missions :

- l'analyse des besoins de santé présents et futurs, et la capacité d'y répondre,
- la définition des priorités d'actions et des financements en termes de santé publique,
- l'organisation et le bon fonctionnement du système de soins et de santé,
- le financement, la régulation et l'évaluation de l'efficacité du système de soins et de santé,
- la veille et la sécurité sanitaire (des produits, prévention et gestion des risques et des crises sanitaires),
- la qualité et la pertinence des pratiques et des interventions,
- le recueil, la structuration et la gestion des données de santé et de remboursement.

La réorganisation du pilotage national doit garantir l'atteinte de quatre objectifs :

- assurer la cohérence des décisions prises au niveau national en matière stratégique, de prévention, de régulation,
- garantir une distinction nette entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre entre l'Etat et les opérateurs nationaux,
- consolider la concertation, la médiation et les compromis négociés avec les professionnels, les usagers et les partenaires sociaux,
- renforcer les compétences de pilotage en mutualisant les ressources publiques.

Plusieurs solutions institutionnelles font depuis quelques années l'objet de débats réguliers et de rapports multiples, allant selon les points de vue de la préconisation d'un rôle accru du comité national de pilotage (CNP) – qui regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la CNSA –, à la création d'une agence nationale de santé qui paraît devoir s'imposer à terme pour de nombreux observateurs, quand d'autres préfèrent promouvoir une meilleure coordination entre l'Etat et l'assurance maladie.

A tout le moins, il importe de se donner les bases solides d'un pilotage plus cohérent du système de santé.

Décisions à prendre :

- **Asseoir la fonction stratégique et le rôle pilote de l'Etat**
- créer une direction générale de la stratégie nationale de santé ayant pour mission :
 - de définir les priorités, les programmes de santé publique et les grands axes de l'organisation du système de santé,
 - coordonner à cette fin ceux des travaux de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction générale de la cohésion sociale et de la direction de la recherche (DGCS), des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui se rapportent à la stratégie nationale de santé,

¹³ Conférence nationale de santé, avis du 2 avril 2013 sur « la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé. »

- de jouer un rôle d'interlocuteur de référence et de maîtrise d'ouvrage pour l'assurance maladie sur les politiques de santé et d'organisation des soins, en définissant le cahier des charges et en assurant le suivi des actions,
- de contribuer à la maîtrise d'ouvrage des actions à conduire par la CNSA,
- de présider le CNP en l'absence du ministre chargé de la santé,
- de jouer son rôle de maîtrise d'ouvrage vis-à-vis des travaux de la HAS,
- d'assurer la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information,
- d'animer le travail de plusieurs agences, notamment l'INCa, l'ABM, l'INPES, l'ATIH et l'ANAP, sans s'y substituer,
- de l'animation du réseau des ARS, en mettant en œuvre la subsidiarité, c'est-à-dire en accentuant le rôle stratégique - maîtrise d'ouvrage - de cette direction générale au profit d'une beaucoup plus grande maîtrise d'œuvre confiée aux ARS.
- d'impulser un travail, avec l'UNOCAM, sur la formulation d'un cadre d'action autour d'un « socle commun » à l'assurance maladie obligatoire et à l'assurance maladie complémentaire, en posant et suivant des objectifs et des principes d'action partagés, renforçant la mise en œuvre d'une médecine de parcours. Un partage de données statistiques entre régimes obligatoires d'assurance maladie et assureurs complémentaires trouverait naturellement sa place dans ce cadre d'action commun.
- faire évoluer la culture administrative en développant la conduite opérationnelle de projets et la démarche de « contractualisation ».

- **Identifier un pilotage en propre de la veille et de la sécurité sanitaire**

- créer une direction générale de la veille et de la sécurité sanitaire.
- cette nouvelle direction générale de la sécurité sanitaire a pour mission d'animer le réseau des agences intervenant dans le champ de la sécurité sanitaire, notamment l'ANSM, l'INVS, l'EPRUS et l'ANSES.

- **Réorganiser la gestion des données de santé**

- confier à l'assurance maladie, outre ses fonctions de payeur, une mission d'opérateur national des données de santé tenu de répondre aux demandes des commanditaires.
- alors que l'ensemble des acteurs considèrent que la régulation du système doit s'appuyer sur des données probantes, il n'existe pas aujourd'hui d'infrastructure permettant de centraliser et organiser l'ensemble des données utiles à la prise de décision. Les structures permettant de répondre à la demande des acteurs des territoires pour orienter leur stratégie ne sont pas visibles. En réponse à cette situation :
 - regrouper les données du SNIIRAM et du PMSI dans une même structure associant les compétences nécessaires à la centralisation des données de santé,
 - garantir la cohérence du recueil ou de l'extraction des données, et la qualité des bases de données existantes,
 - organiser l'infrastructure des données nécessaires à la bonne gestion et à la meilleure connaissance du système de santé,
 - compléter la connaissance des prestations fournies :
 - construire les bases de données relatives aux personnes résidant en EHPAD et comportant une description-estimation de leurs dépenses de soins couvertes par le forfait des EHPAD.

- constituer une base de données individuelles des prestations APA et PCH versées par les conseils généraux.
 - améliorer la connaissance fine du financement des dépenses par type de financeur (régimes obligatoires, complémentaires et ménages eux-mêmes) pour un échantillon d'assurés et au niveau agrégé à un niveau suffisamment fin de prestations. A ce stade il est indispensable d'évaluer les résultats des expérimentations en cours dans ce domaine.
 - construire un panel de bénéficiaires décrivant leur parcours dans le système de soins.
- **Identifier un acteur de la régulation par la qualité : inscrire la HAS comme vecteur clef de la régulation du système de santé par la qualité des soins**

Avec les considérants suivants :

- mettre à profit le statut d'autorité publique indépendante (API) pour souligner l'indépendance (expertise scientifique, arbitrage entre évaluation médico-technique et évaluation médico-économique) des avis et productions,
- améliorer la cohérence des travaux de programmation et de production de référentiels (Ministère de la santé – HAS – CNAMTS), et d'évaluation en matière de pertinence des pratiques dans les établissements de santé et en ambulatoire,
- fixer des délais de réponse opérationnels,
- élaborer des outils scientifiques en matière de qualité, sécurité et pertinence des prises en charge d'épisodes de soins et de parcours de santé, en :
 - identifiant les points de vigilance, pour réussir l'articulation des compétences au bon moment,
 - guidant et accompagnant le mieux possible toutes les initiatives qui donnent corps à un travail collaboratif,
- regrouper l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la HAS.