



Les soins de proximité : une priorité

Face à la crise que traverse le monde de la santé : difficulté d'accès à des soins de proximité, insuffisance de coordination et de suivi... une transformation du système de soins fédérant l'ensemble des acteurs est en cours.

Organisation et gradation des soins : concepts et évolutions dans la législation en France

Michel Varroud-Vial
Conseiller médical
Soins primaires et
Professions libérales,
Direction générale de
l'offre de soins

L'organisation des systèmes de santé dans les pays développés repose sur la distinction entre les soins de premier, de deuxième et de troisième recours

La notion de premier recours se superpose avec celle de soins primaires, initialement développée par l'OMS à destination des pays en voie de développement. Mais elle est déclinée de façon plus générale pour désigner la provision de soins et de services accessibles à tous afin de satisfaire à une large majorité des besoins de santé, dans une approche familiale et communautaire. L'autre finalité attribuée aux soins primaires est un rôle central dans la continuité et la coordination des soins. Les soins primaires sont multiprofessionnels : outre la médecine générale, qui est la spécialité médicale des soins primaires, ils concernent un ensemble d'autres professionnels de santé, parmi lesquels les infirmiers, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes sont les plus nombreux, ainsi que des services sociaux et médico-sociaux. Les notions de premier recours et de soins primaires ne se superposent cependant pas exactement : ainsi les établissements de santé, qui n'appartiennent pas aux soins primaires, ont un rôle dans le premier recours ne serait-ce que par leurs services d'urgences.

Les deuxième et troisième recours se différencient entre eux par des degrés croissants d'expertise et de technologies utilisées. Ils sont beaucoup plus « médicalisés ». Les soins de deuxième recours sont assurés par des médecins spécialistes, hors médecine générale, qui peuvent exercer en ambulatoire ou en établissements de santé. Les soins de troisième recours sont l'apanage des établissements de santé publics ou privés qui disposent des plateaux techniques les plus lourds.

Cette organisation hiérarchisée en trois lignes de soins est supposée favoriser la gradation des soins et une gestion pertinente des ressources de santé. Elle est ainsi prônée par le manifeste récemment publié par le Collège de la médecine générale, qui plaide par ailleurs pour renforcer la première ligne de soins [7]. Car cette division en niveaux de recours se traduit par des différences en termes de formation et de rémunération : ainsi les médecins généralistes ont une formation initiale plus courte d'une année et des revenus inférieurs par rapport à ceux des autres spécialistes médicaux libéraux. Un autre risque est de générer une concurrence entre les niveaux de recours pour la coordination des parcours de santé, chaque spécialité médicale ayant tendance

*Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 47.*

à surévaluer son rôle dans ce domaine. Cette difficulté peut être particulièrement nette sur des pathologies à forte prévalence dans la population, qui nécessitent un consensus sur l'articulation entre les différents niveaux de recours aux soins : le diabète et l'insuffisance cardiaque en sont deux exemples. L'organisation en niveau de recours a donc certaines limites.

La nécessité d'une régulation

Pour dépasser ces limites et éviter le nomadisme, les redondances ou les hospitalisations évitables, le recours aux différents niveaux de soins doit être régulé. C'est le cas dans de nombreux pays où l'accès aux soins de ville est fortement organisé, soit autour d'équipes de soins primaires ayant un exercice salarié et collaborant avec des spécialistes d'organe travaillant très majoritairement en établissement de santé (Espagne, Suède, Finlande), soit autour des médecins généralistes à qui sont assignées des fonctions de *gate keeping* et de coordination avec des modes de rémunérations plus diversifiés (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie...).

Ce n'est pas réellement le cas en France, où l'accès aux soins et la coordination des soins reposent historiquement sur le patient ou ses proches et sur des ententes informelles entre les différents professionnels de santé ; et cela d'autant plus que ces professionnels exercent en majorité en cabinet monoprofessionnel de petite taille et disposent d'assez peu de moyens pour organiser la coordination des soins. La Drees qualifie ce modèle de « *professionnel non hiérarchisé* » [5]. Dans ce modèle, la régulation institutionnelle n'intervient pour l'essentiel que pour les autorisations d'équipements lourds et

d'activités de soins en établissements de santé par les agences régionales de santé (ARS). Cette faible structuration des soins de ville laisse naturellement place à la prédominance d'un modèle hospitalo-centré peu adapté à la prise en charge des patients âgés et/ou atteints de polyopathologies chroniques, alors même que cette prise en charge est devenue l'enjeu majeur du système de santé.

Pour répondre à cet enjeu, les politiques de santé ont cherché à faire évoluer le système vers davantage de régulation, depuis la mise en place du médecin traitant inscrite dans la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 jusqu'à l'accent mis sur la promotion des soins primaires et la structuration des parcours de santé sur une base territoriale par la loi de janvier 2016. Parallèlement, des modes d'exercice plus collectifs se sont développés : l'exercice en cabinet de groupe monoprofessionnel est devenu majoritaire par rapport aux cabinets isolés pour plusieurs professions, et l'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé polyvalents est en forte croissance et représente actuellement 13 % des médecins exerçant la médecine générale en ville¹.

Vers un réseau de santé de proximité transversal aux niveaux de recours

Plus récemment, et dans la ligne des travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le chantier de transformation du système de santé engagé depuis septembre 2018 accorde la priorité à deux

1. Source : observatoires des MSP et des centres de santé.

Des évolutions traduites dans la loi

L'article L. 1411-1 du Code de la santé publique cite l'organisation des parcours de santé comme un élément constitutif de la politique de santé et définit ces parcours, qui « visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population [...] afin de concourir à l'équité territoriale ».

L'art. L. 1411-11 définit l'accès aux soins de premier recours et leurs missions. L'offre de soins de premier recours est organisée par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé et est assurée par les professionnels de

santé, dont les médecins traitants, ainsi que par les centres de santé, « en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ».

L'art. L. 1411-11-1 définit l'équipe de soins primaires comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. »

L'art. L. 1434-12 mentionne qu'afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.

Les articles L. 6327-1 et suivants missionnent les agences régionales de santé pour organiser, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers, des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. ●



Soins de proximité : vers un exercice d'équipe

orientations complémentaires : structurer le réseau de santé de proximité et organiser la gradation des soins.

Les professionnels de santé sont incités à se réunir, sur la base du volontariat, au sein de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont le projet est fondé sur une double logique de services rendus à la population et d'amélioration du cadre d'exercice des professionnels. Les CPTS sont ouvertes à tous les acteurs sanitaires d'un territoire, ainsi qu'aux acteurs

médico-sociaux et sociaux. Elles réunissent à ce titre les acteurs traditionnels des soins primaires et les médecins spécialistes de deuxième recours, qu'ils soient d'accès direct ou non. L'organisation en collectif, permise par les CPTS, facilite également les échanges et le partenariat avec les établissements de santé, qu'ils soient situés au sein du territoire ou plus distants. Les CPTS seront dotées d'un financement pérenne pour organiser la réponse aux besoins de santé du territoire. Des mis-

Démographie des médecins, infirmiers et pharmaciens selon la Drees

Médecins

Au 1^{er} janvier 2018, on comptait 226 000 médecins en activité, soit 1 500 de plus qu'en 2017 (+0,7 %) et 10 000 de plus qu'en 2012 (+4,5 %) [3]. Ces chiffres incluent les médecins remplaçants, ainsi que ceux qui cumulent emploi et retraite. 102 000 sont des généralistes (45 %) et 124 000 sont des spécialistes hors médecine générale. La progression des effectifs est due à celle des médecins hospitaliers et des spécialistes hors généralistes (+7,8 %). Le nombre de médecins généralistes, par contre, a stagné (+0,3 %). Les femmes représentent 46 % des médecins (38 % en libéral) et sont majoritaires parmi ceux de moins de 60 ans : 59 % des médecins inscrits à l'Ordre en 2017 sont des femmes.

57 % des médecins sont des libéraux, 50 % des spécialistes et 66 % des généralistes ; 45 % travaillent uniquement en libéral et 12 % ont un exercice « mixte » en cumulant activités salariée et libérale. L'activité libérale stagne alors que le nombre des salariés a fortement augmenté (+11,1 %). Un médecin libéral ou en activité mixte sur neuf est remplaçant et ce mode d'activité est en forte croissance : les deux tiers des nouveaux médecins libéraux inscrits à l'Ordre en 2017 exercent en tant que remplaçants.

Le nombre des médecins est régulé par le *numerus clausus*, l'inscription à l'Ordre de médecins dont le diplôme est étranger représente 11 % des médecins en activité. La persistance d'activité après la retraite est en augmentation : au 1^{er} janvier 2018, 10 % des médecins français

étaient en cumul emploi retraite, soit le double par rapport à 2011.

De son côté, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) recensait, au 1^{er} janvier 2018, 87 801 médecins généralistes en activité régulière (hors cumul emploi retraite et remplaçants), soit une érosion de 7 % depuis 2010. Le nombre de médecins généralistes exerçant réellement en ville à titre libéral est cependant moindre : 59 000 selon la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) en 2017, incluant les médecins à exercice particulier (plus de 5 000, source Cnam 2015). À cela il faut ajouter 2 250 médecins généralistes exerçant à titre salarié en centre de santé, soit 1 250 en équivalent temps plein (source observatoire des centres de santé).

Infirmiers

Les infirmiers représentent la première profession de santé du point de vue des effectifs : 701 000 infirmiers en activité recensés en 2018, dont 124 000 ont un exercice libéral. Leur nombre a progressé de 43 % entre 2008 et 2018, soit une évolution plus rapide que celle de la population (+5 %). Cette augmentation s'explique à la fois par l'allongement des carrières et par une importante hausse des quotas de formation. Dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien du niveau des quotas, le nombre d'infirmiers devrait augmenter de 53 % entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers actifs en 2040 [16]. Bien que cette hausse soit largement plus importante que

l'augmentation de la population, le vieillissement de la population devrait susciter une croissance des besoins de soins comparable à celle du nombre d'infirmiers.

Pharmaciens

Au 1^{er} janvier 2018, 74 000 pharmaciens de 70 ans ou moins sont inscrits à l'Ordre et exercent en France. Contrairement aux autres professions de santé, les effectifs de cette profession sont restés stables ces dix dernières années en raison du *numerus clausus* : +0,5 % entre 2008 et 2018. L'officine est le lieu d'activité principal du pharmacien pour sept praticiens sur dix. Parmi eux, 53 % sont titulaires et 47 % sont adjoints avec un mode d'exercice salarié (+3 % depuis 2011). 68 % des pharmaciens actifs et inscrits à l'Ordre sont des femmes. Celles-ci sont plus représentées parmi les jeunes générations (75 % des moins de 30 ans) et moins représentées parmi les titulaires d'officine (55 %) [17].

Accessibilité

Selon l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'est améliorée entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par la croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral [14]. Inversement, l'accessibilité aux médecins généralistes s'est dégradée de 2015 à 2016, particulièrement pour les médecins âgés de moins de 60 ans (-1,6 %). ●

sions prioritaires ont été identifiées dans le cadre de la négociation d'un accord-cadre interprofessionnel entre l'assurance maladie et les représentations professionnelles : l'accès aux soins, notamment aux médecins traitants et aux soins non programmés, les parcours de santé et les actions de prévention. La mise en œuvre de ces missions implique nécessairement d'organiser la coordination des soins et une gradation des parcours de santé au sein des CPTS, entre CPTS et avec les établissements de santé de recours. La mobilisation des outils de télé-médecine, téléconsultation et télé-expertise, est particulièrement utile pour cela. En avril 2019, on dénombre un peu plus de 300 CPTS en activité ou en projet, pour l'essentiel à l'initiative des professionnels de santé de ville, et l'objectif est de mailler le territoire national à l'horizon 2022.

L'autre élément constitutif du réseau de proximité sera les hôpitaux de proximité qui assureront le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine. Le déploiement de ces hôpitaux de proximité est prévu à partir de 2020, avec une labellisation qui mettra en exergue la formalisation de leurs liens avec les CPTS, tant concernant leur projet de soins que leur gouvernance, et l'appui apporté aux professionnels de santé de ville : les hôpitaux de proximité leur offriront le cadre hospitalier nécessaire à la prise en charge de leurs patients et des possibilités accrues d'exercice mixte ville-hôpital. Leur appartenance aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) facilitera par ailleurs l'orientation pertinente des patients vers les établissements de recours ou de référence adaptés à leurs besoins.

L'émergence du réseau de santé de proximité fait apparaître un nouveau niveau de coordination des soins,

le territoire, comme un élément majeur de structuration du système de santé. Le périmètre de ce territoire est celui de la CPTS, défini comme celui où les professionnels de santé ont établi des relations de travail entre eux et peuvent les améliorer pour répondre aux besoins de santé du territoire². L'agence régionale de santé sera appelée à approuver, sous le régime de la non-opposition, le projet de la CPTS au regard de la pertinence de son territoire d'action et du respect des objectifs du projet régional de santé, et cela confèrera une légitimité supplémentaire à l'action de la CPTS.

Cette attention au niveau territorial est illustrée par la manière dont les équipes de soins spécialisés ont été reconnues dans le projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé : ces équipes sont invitées à se constituer dans le cadre d'une organisation territoriale des soins et en lien avec les autres acteurs de santé, dont les équipes de soins primaires. Il en est attendu une plus-value dans l'organisation des parcours par les CPTS et particulièrement une réduction des délais de recours aux spécialistes, qui sont excessifs pour nombre de spécialités [18].

Cet effort de structuration des soins de proximité est sans précédent. Il constitue une rupture, aussi bien avec l'organisation hospitalo-centrée héritée de la réforme de 1958 qu'avec l'exercice isolé des professionnels de santé. Il fait appel à une responsabilité territoriale partagée entre professionnels de santé qui requiert une évolution des modalités d'exercice et des cultures. ●

2. À titre indicatif, une CPTS peut couvrir entre 20000 et plus de 100000 habitants selon qu'elle est située sur un territoire rural ou urbain.

Organiser les soins de proximité : une priorité

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, secteurs sanitaire et médico-social. Dans cette crise, les difficultés des uns alimentent celles des autres. La dimension territoriale est majeure, tant les inégalités s'inscrivent de façon inacceptable dans des situations contrastées et des trajectoires divergentes selon les territoires. La question du sens enfin est centrale, nourrie de l'insatisfaction croissante de la population et du malaise des professionnels.

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, peine à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population qui résultent de la

transition démographique et épidémiologique. Les défis sont multiples. Les patients et les usagers appellent à une (ré) organisation de proximité qui permette de conserver la qualité des réponses apportées. Vieillesse, augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies nécessitent une action volontariste en rupture avec les tendances d'évolution spontanée du système vers toujours plus de spécialisation et de concentration.

Dans le cadre de la concertation nationale sur la transformation de notre système de santé, le HCAAM s'est attaché à proposer un projet de transformation susceptible de fédérer l'ensemble des acteurs.

Le scénario de rupture, affirmé dès 2016¹ et réitéré dans la contribution du Haut Conseil à la stratégie de

1. HCAAM. Rapport innovation, 2016.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam-innovation-systeme-sante-tome-1-web.pdf>

Anne-Marie Brocas
Présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)
Sandrine Danet
Médecin spécialiste en santé publique, chargée de mission, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)



Soins de proximité : vers un exercice d'équipe

transformation du système de santé, propose d'une part de structurer 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 de consolider les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence.

La transformation à conduire doit concerner l'ensemble des secteurs et des acteurs du champ de la santé : si l'objectif est bien l'organisation de soins de proximité, la réforme doit être systémique, globale, car elle implique également de faire évoluer les missions et l'organisation de l'offre de recours ou de référence². Il faut bien sûr prendre en compte les aspirations des professionnels, notamment des plus jeunes³, pour construire un projet qui suscite l'adhésion.

Pour atteindre cette cible, les différentes composantes de notre système de santé doivent évoluer de façon concomitante et synergique. Relever ce défi suppose une régulation rénovée au service du projet stratégique et une capacité de pilotage qui appartiennent à l'État dans le cadre d'une gouvernance associant l'ensemble des parties prenantes aux niveaux national et local. Par l'annonce du plan « Ma santé 2022 », le gouvernement a fixé les orientations stratégiques. La loi santé en cours de discussion procède aux modifications nécessaires pour enclencher le processus de réforme.

La transformation à conduire désormais doit s'appuyer sur un certain nombre de principes et de valeurs partagées. Ces principes et ces valeurs méritent une

attention particulière car elles sont nécessaires à l'efficacité des réformes engagées. Ce sont à la fois des objectifs transversaux et des outils au service de la transformation de notre système de santé.

Partir des services à rendre à la population

L'organisation doit viser 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 santé⁴. 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 et à rendre à 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 :

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

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

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

4. 11^e alinéa du préambule de la Constitution de 1946.

2. HCAAM. Contribution à la transformation du système de santé, 2018. <http://www.securite-sociale.fr/Contribution-a-la-transformation-du-systeme-de-sante-Rapport-HCAAM-2018>

3. Le portrait des professionnels de santé dressé par la Drees dans son édition de 2016 signalait ainsi : « L'exercice en groupe est très prisé des jeunes générations de professionnels de santé. Ce phénomène est particulièrement visible chez les jeunes médecins : les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent sous cette forme, contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans ou plus. Cet effet générationnel est encore plus marqué chez les spécialistes. »

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été créé par le décret du 7 octobre 2003 et pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité sociale pour 2006. Il est composé de soixante-six membres, représentant dans leur diversité et à un haut niveau les principaux organismes, institutions, syndicats, fédérations et associations de patients intervenant dans le champ du système de soins, ainsi que des personnalités qualifiées.

Le HCAAM se réunit mensuellement. C'est une instance de concertation qui a vocation à produire du consensus sous forme d'avis afin d'éclairer les pouvoirs publics sur les stratégies d'évolution du système de santé et d'assurance maladie. Les avis peuvent être de portée générale, comme la contribution du 24 mai 2018 sur la stratégie de transformation du système de santé, ou plus ciblés, comme l'avis sur l'organisation de la médecine spécialisée et du

deuxième recours ou encore celui sur les politiques de prévention et de promotion de la santé.

Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la Sécurité sociale (www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM). ●

de l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité de notre système de santé. La politique menée en faveur de l'inclusion des usagers et des patients doit être ambitieuse selon différents axes :

- garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et aux services ainsi qu'à l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent afin de faciliter leur orientation dans le système ;
- mettre en place des outils d'information des patients sur leur processus de prise en charge ;
- mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques qui les concernent.

Il est important à cet égard de reconsidérer explicitement le système de valeurs et de principes défini dans les textes pour l'adapter tant aux évolutions déjà constatées dans les pratiques qu'aux attentes des patients et usagers et des professionnels eux-mêmes. 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* ».

La formation et le rôle des professionnels de santé doivent être pensés en cohérence avec l'organisation recherchée. En ambulatoire, l'exercice pluriprofessionnel doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. La définition d'un schéma prospectif doit s'accompagner d'une clarification sur le positionnement de chacun afin de favoriser des modes de coopération qui produiront une montée en compétence collective au service de la population en fonction des objectifs recherchés. Ainsi, avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, la prise en charge de besoins de santé polyvalents doit faire l'objet d'une attention particulière.

Promouvoir une organisation de proximité qui intègre la prévention et la promotion de la santé

Il s'agit de sortir la prévention et la promotion de la santé de leur statut d'exception, à l'heure où les professionnels de santé se voient reconnaître une responsabilité populationnelle et où l'assurance maladie a acquis un caractère universel.

Les problématiques comme les leviers mobilisés sont en grande partie communs aux champs de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques. Ainsi, la prévention, comme la prise en charge des maladies chronique sont pluriprofessionnelles, s'inscrivent dans la durée, nécessitent une

participation active du patient et doivent prendre en compte des facteurs contextuels (individuels, sociaux et environnementaux).

La pertinence d'un *continuum* entre prévention et soins nécessite d'articuler une diversité d'acteurs susceptibles de tenir à la fois l'objectif d'universalité et celui de proportionnalité de l'action, de s'adresser à l'ensemble de la population confrontée à un faible risque et de mettre en place ou conforter les organisations appropriées pour prendre en charge les catégories les plus vulnérables confrontées à un risque élevé.

L'organisation cible ne doit pas être pensée comme figée : elle doit être souple, adaptée et adaptable aux besoins et aux ressources identifiées sur les territoires. 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.

Des collaborations plus efficaces doivent être facilitées avec les acteurs locaux, notamment les collectivités territoriales, pour lutter contre les inégalités de santé qui se construisent dès le plus jeune âge. Les contrats locaux de santé (CLS), dans un format rénové, doivent permettre de développer des organisations pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles de prise en charge préventive de proximité.

Constituer un réseau territorial de proximité fortement intégré

Pour répondre aux besoins de santé globale de la population d'un bassin de vie, le réseau territorial de proximité comprend des prises en charge ambulatoires et des soins avec hospitalisation (établissements de proximité). En s'appuyant sur la mobilisation de compétences et de structures diverses et bien dotées en proximité, le système doit permettre de déployer des services articulant, quand c'est nécessaire, des prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales, la prévention aussi bien que les soins. Il admet une variabilité de solutions selon l'offre disponible et l'état de santé, ou le contexte social propre à chaque territoire.

Ce réseau territorial intègre des offres, au-delà de celles que l'on assimile aujourd'hui au premier recours ou aux soins primaires, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : acteurs de la prévention (notamment services de santé scolaire, de santé au travail et PMI) mais aussi spécialistes de premier recours, ou de deuxième recours dont l'expertise est mobilisée à ce niveau du système, services de santé mentale, services à domicile, établissements médico-sociaux (en particulier les Ehpad).

À ces professionnels et structures doivent s'ajouter les établissements assurant une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville, fonctionnant sur un mode communautaire et principalement axée sur la médecine polyvalente. Ces établissements doivent disposer d'un volant de lits permettant d'abord de limiter le recours non pertinent à des hospitalisa-



Soins de proximité : vers un exercice d'équipe

tions dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds, ensuite d'organiser les sorties d'hospitalisation depuis le centre de recours, et enfin de faciliter la permanence et la continuité des soins. Ils ont par ailleurs vocation à développer diverses acti-

tivités en fonction des spécificités territoriales : activités de prévention (addictologie, obésité...), consultations avancées, etc.

Les incitations à mettre en place en priorité pour le développement de l'organisation de proximité ne sont

La fusion des dispositifs de coordination en Charente-Maritime

En 2014, il existait en Charente-Maritime neuf centres locaux d'information et de coordination (Clic¹), tous de niveau 1, quatre associations gérant un réseau gérontologique et pour certaines un Clic, l'une d'entre elles portant également deux dispositifs Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). Deux autres associations monothématiques étaient hors champ de la personne âgée (diabétologie, cardiologie). Le centre hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis gèrait un dispositif Maia.

Deux services d'hospitalisation à domicile (HAD) de coordination couvraient la Charente-Maritime. Parallèlement, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services autonomie du département menaient des missions de coordination.

L'association Coordination santé social de Saintonge (AC3S), dont le siège social est à Jonzac, au sud de la Charente-Maritime, bénéficiait d'un temps de directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S), mis à disposition par le centre hospitalier de Jonzac.

Quand l'impulsion de l'ARS rencontre la maturité du territoire

Dès la fin de l'année 2014, l'agence régionale de santé de Poitou-Cha-

rentes (devenue ARS Nouvelle-Aquitaine depuis la fusion des régions) impulse, dans l'ex-territoire de santé sud et est de Charente-Maritime, une dynamique en faveur du regroupement des structures et de l'évolution des réseaux. L'association AC3S, qui existe depuis 1996, est alors mobilisée pour organiser ce projet car elle regroupe déjà les trois niveaux de coordination (Clic, réseau, Maia) mis en avant, quelques années plus tard, dans le texte de loi relatif à la mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui (PTA) et qu'elle dispose d'un temps de direction. Au cours de la première année, des réunions regroupant l'ensemble des responsables de ces structures débouchent sur une vision commune de la future coordination nécessaire et sur l'analyse partagée du besoin incontournable d'une entité porteuse unique afin de rendre plus lisibles les services venant en appui aux professionnels de premier recours dans les situations complexes.

Points de vigilance

Les opérations de fusion ne doivent pas se dérouler dans la précipitation, les temps d'état des lieux et d'analyse sont indispensables. Afin de limiter les freins engendrés par les fusions, un intérim de direction en amont est facilitateur, car il engage une dynamique avec les responsables et les salariés de l'association à absorber. Bien entendu, il est impératif d'être accompagné par un cabinet d'avocats tant pour les questions relatives aux ressources humaines que pour celles d'ordre juridique. Enfin, l'orientation stratégique de l'ARS légitime les actions.

Conclusion

Il faut être parfaitement conscient que les opérations de fusion ne constituent

qu'une étape. En Charente-Maritime, l'association absorbante devenue Association coordination santé social 17 (AC2S17) est opératrice d'une plateforme territoriale d'appui départementale. Les équipes sont réparties sur l'ensemble du territoire en huit pôles de proximité. L'encadrement des équipes nécessite l'organisation d'un management de proximité, surtout dans un contexte d'évolution lié à la mise en œuvre de la plateforme territoriale d'appui. La logistique a été réorganisée et centralisée au siège d'AC2S17. Une comptabilité analytique a été mise en place afin de suivre au plus près les dépenses engagées. Une année a été nécessaire à l'aboutissement de toutes ces étapes. Pour autant, des défis importants restent à relever. La gouvernance de l'association n'a pas évolué au rythme des différentes opérations de fusion. Le conseil d'administration n'est plus assez représentatif de l'ensemble du territoire. Il est donc indispensable de le repenser sans perdre l'adhésion de ses membres fondateurs. Pour finir, malgré l'éclatement des équipes, nous devons nous retrouver tous autour de valeurs, pour cela, nous devons nous lancer dans l'élaboration d'un projet associatif qui sera l'élément consolidant l'assise de notre association. En Charente-Maritime, la première vague de fusion des structures, préalable à la mise en place de la plateforme territoriale d'appui départementale, en a facilité son déploiement. L'ensemble des salariés d'une même entité juridique s'investissent professionnellement pour répondre aux missions assignées aux plateformes territoriales d'appui et relever ensemble le défi d'accompagner les professionnels face aux enjeux de la perte d'autonomie et des maladies chroniques. ●

Anne-Marie Bridant
Directrice
de la plateforme
territoriale
d'appui (PTA) de
Charente-Maritime

1. Les Clic sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Ils sont mis en œuvre par les départements. Les Clic de niveau 1 informent la personne âgée et son entourage et les orientent vers les services et solutions localement disponibles.

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

Les acteurs du réseau de proximité devront être, 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, devrait 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...).

Conclusion

Organiser les soins de proximité est une priorité et cette organisation, qui doit bénéficier de moyens sensiblement renforcés, ne doit pas être pensée indépendamment par secteur ou offreur de soins. C'est un des leviers d'une stratégie plus globale de transformation du système de santé car seule une approche systémique 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 transformation à conduire doit offrir à chacune des composantes de notre système des perspectives de développement au service d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des services rendus et des résultats de santé. Il doit également être mis fin au Yalta institué au milieu des années 1970 entre prévention, soins et remédiation médico-sociale. Ces nouvelles organisations appellent des évolutions dans le financement et la répartition des moyens en fonction des besoins afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. ●