

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. ●