

TERRITOIRES
DE SANTE
DE NOUVELLES
FRONTIÈRES



CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE SUR LA PROTECTION SOCIALE

LES CAHIERS DU CRAPS



AVANT-PROPOS

Sous l'effet d'un constant progrès thérapeutique et technologique, la santé s'est beaucoup transformée ces trente dernières années. Pourtant, c'est probablement d'une modification profonde de l'offre de soins qui nous attend dans les prochaines années telle que la France ne l'avait pas connue depuis les ordonnances Debré de 1958.

À titre d'exemple, l'hôpital reste encore trop souvent une citadelle isolée du territoire avec peu de flux inter-établissements et une interface ville-hôpital chaotique. Enfin, la coordination des soins sur le plan régional est encore balbutiante, et fait l'objet de débats plus politiques que de santé publique comme le démontrent les autorisations accordées en matière de greffes ou d'équipements lourds (ex : cyclotron en Martinique et en Guadeloupe).

La santé de demain connaîtra une organisation profondément modifiée. Constitué d'un ensemble de plateaux techniques autour desquels s'articuleront des acteurs professionnels et des unités d'hospitalisation avec une durée d'hospitalisation strictement limitée au minimum nécessaire, l'hôpital de demain sera également un hôpital ouvert sur son territoire avec une interface ville-hôpital efficace grâce à la télémédecine et aux objets connectés, les flux inter-établissements réorganisés conduiront à une gradation des soins et des équipes médicales de territoire, dans le cadre de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

L'actualité des Gilets Jaunes démontre en parallèle l'attachement de la population au principe d'égalité des territoires. La dernière proposition du Président de la République d'associer les élus à toute suppression de Services Publics ajoute une réflexion territoriale de proximité à un débat souvent présenté en termes économique ou de qualité. Cette profonde mutation est inéluctable et conduira à une réforme profonde et donc à des résistances d'autant plus fortes que les enjeux de rémunération se cachent sur des attitudes conservatrices revendiquant une histoire aujourd'hui dépassée par l'évolution des techniques comme des aspirations des malades et des acteurs. Depuis un fameux classement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en juin 2000, largement repris par les conservateurs comme prétexte pour ne rien modifier, qui plaçait notre pays en tête des soins de santé, les choses n'ont pas évolué dans le bon sens. D'ailleurs, notre rang a

fortement rétrogradé dans les derniers classements internationaux et nous nous positionnons maintenant plutôt aux alentours de la quinzième à la vingtième place.

Plus récemment à travers le débat sur les déserts médicaux, les pouvoirs publics ont lancé une vaste réflexion sur la réforme de la santé. Le Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale (CRAPS), fidèle à sa démarche de prospective, a souhaité apporter des éléments de réflexion sur un volet de cette réforme : celle des territoires de santé. Ce document a pour vocation d'initier un débat qui se poursuivra au sein des commissions du think tank et aboutira à la diffusion de divers supports complémentaires au cours des prochains mois.

1 LES ENJEUX DES TERRITOIRES DE SANTÉ

LES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES POUR UNE ÉGALITÉ TERRITORIALE DES FRANÇAIS

Il existe un paradoxe concernant la démographie médicale et soignante dans notre pays : jamais le nombre de médecins n'a été aussi important et pourtant ils subsistent des déserts médicaux. Par ailleurs, les perspectives restent inquiétantes. Selon les nouvelles projections de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de médecins devrait encore baisser de près de 10 % au cours de la prochaine décennie. La récente refonte du numérus clausus ne portera ses fruits que dans plusieurs années mais au-delà du nombre de médecins formés, l'évolution de la démographie médicale dépendra largement des choix individuels des jeunes médecins. Moins que le nombre absolu de médecins, notre démographie souffre de plusieurs facteurs :

- Une mauvaise répartition sur le territoire ;
- Une trop faible attractivité, de l'hôpital pour certaines spécialités de même que de la médecine libérale en ville ;
- Un statut des médecins obsolète tant à l'hôpital qu'en ville et une trop faible délégation des tâches aux autres soignants.

Par ailleurs, la désaffectation des jeunes médecins pour un mode d'exercice isolé est expliquée par au moins deux raisons :

- D'une part, la volonté des jeunes générations d'exercer de façon regroupée afin de mieux maîtriser le temps de la vie privée ;
- D'autre part, un besoin de travailler plus étroitement avec certains spécialistes d'organe pour ne pas rompre la continuité des soins, notamment chez les patients atteints de maladies chroniques qui doivent attendre pendant plusieurs mois des consultations spécialisées en face à face. Principale conséquence de cette désaffectation des jeunes générations pour les soins primaires : une diminution de 25 % du nombre de médecins généralistes à l'horizon 2023.

LES ENJEUX TECHNOLOGIQUES POUR ANTICIPER

Les évolutions technologiques que nous avons connues depuis quarante ans ont été un facteur essentiel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mais ont également imposé des évolutions organisationnelles, certes présentes, mais bien insuffisantes. Les progrès de l'imagerie, de la chirurgie, de l'anesthésie, des traitements médicaux dans le domaine du cancer ont fortement impacté les modalités de prise en charge. Beaucoup de pathologies, encore récemment mortelles, sont maintenant guéries ou transformées en maladies chroniques et l'allongement de la durée de vie a connu ces dernières années une véritable explosion : 37 ans en 1900 contre 82 ans actuellement soit 45 ans en un siècle ! Mais ces évolutions nécessitent une forte adaptation de notre système de santé. L'exemple de l'hôpital est révélateur de cette mutation et de ce changement de paradigme.

Les exemples abondent de l'accélération du progrès médical mais également technologique qui modifie les données d'organisation classique de l'hôpital : les nouvelles techniques de l'information en forte expansion dont la télémédecine est un exemple, conduisent à une refonte des liens entre médecins et structures hospitalières mais également entre malades et acteurs de l'offre de soins. « Si la révolution numérique n'est pas sans risque, elle est un levier nouveau de partage des informations et d'obligation de transparence qui dépasse la sphère fermée de chaque acteur de santé.¹ »

La mutualisation des activités liée à un progrès technique à forte capitalisation bouleverse les petites structures comme celles enfermées dans leur statut unique, et leurs champs de compétences réglementaires.

L'apparition de nouveaux métiers de la santé et la revendication des professionnels vers plus de reconnaissance et d'autonomie liée à une spécialisation des savoirs amplifient le besoin de transversalité et de pluridisciplinarité. Elles se heurtent à une tradition administrative privilégiant la détermination des règles de compétences et délimitant réglementairement les savoirs, le tout protégé par des ordres professionnels.

¹ Didier Tabuteau. « Les tribunes de la santé », n°29. 2010. p.4

L'émergence d'un progrès médical à forte valeur ajoutée et à haute technicité conduit à une massification des plateaux techniques mais également une réduction du nombre de lits. Les acteurs de santé, n'ont pas tiré toutes les conséquences d'un progrès médical en termes d'articulation entre les acteurs et de combinaison des métiers qui remet en cause son organisation.

Tout conduit à une refondation de l'organisation des soins, de ses structures comme de son administration mais aussi interroge le juriste hospitalier quant au changement des règles du jeu d'autant plus dérangeant qu'il remettrait en cause l'unité du service public. Le précédent paradigme reproduisait le principe du théâtre classique que Boileau avait résumé en trois règles :

« Que le lieu de la scène y soit fixe et marqué [...] Sur la scène, en un jour renferme les années. [...] Mais nous que la raison à ses règles engage, Nous voulons qu'avec art l'action se ménage ; Qu'en un lieu, qu'en un jour, un seul fait accompli Tienne jusqu'à la fin le théâtre rempli.² ».

L'hôpital avec son statut national et unique, dans sa cité répondait bien à ce schéma où le malade était pris en charge dans un lieu unique, le service, par un plateau technique dédié avec du personnel statutaire disposant de compétences réglementées ; et pour reprendre la formulation précédente appliquée à l'hôpital issue de la réforme Debré :

« Que pour le malade, en un lieu, un seul service suffit Avec seul cadre statutaire qui agit Tienne dans ses lits, le malade guérit. ».

² Nicolas Boileau. L'Art poétique. Chant III.

Demain, le progrès technique va conduire l'hôpital à s'ouvrir à de multiples compétences et à chercher davantage de complémentarité entre les acteurs plutôt que d'ajouter l'action de structures indépendantes. À cette ouverture professionnelle s'ajoute l'ouverture à des compétences externes sur un territoire qui conduit l'hôpital comme le service à revoir ses frontières et partager ses missions. Force est de reconnaître que le progrès médical conduit à plus de collaboration interne, et en externe à l'agrégation de spécialités dont la double traduction juridique a consisté à la mise en place en interne des pôles et en externe des territoires.

Après avoir accusé un certain retard dans notre pays, le virage ambulatoire a maintenant été pris et la France rattrape progressivement son retard. Il doit s'entendre au sens large du terme comprenant non seulement la prise en charge des séjours de chirurgie et de médecine en moins de douze heures mais également l'ensemble des processus qui permettent de réduire la durée du séjour au strict nécessaire ou de le supprimer au profit d'une prise en charge au seul domicile du patient.

Le virage ambulatoire a été pris depuis longtemps : la Durée Moyenne de Séjour (DMS) était de 39 jours en 1920, 13 en 1974, 7 en 1995 et à peine plus de 4 actuellement. Comment ne pas tirer les conséquences d'une telle évolution dans l'organisation de l'offre de soins hospitalière ? L'hôpital doit repenser l'ensemble de ses fondamentaux et s'ouvrir à la ville. Il doit également sortir de ses murs pour contribuer à la prise en charge au domicile de patients dont les soins nécessitent des compétences que l'on ne peut trouver qu'à l'hôpital.

L'ambulatoire va accélérer la nécessité, au sein d'un territoire de santé, de définir un parcours du patient et donc interroger la complémentarité des acteurs.

LES ENJEUX HOSPITALIERS

Il est connu que la France dispose d'un nombre de lits et d'hôpitaux supérieur à la moyenne des pays européens. Par exemple, on trouve deux fois plus de lits par habitant en France qu'en Europe du Nord, en Grande-Bretagne, en Italie ou en Espagne. Pourtant, comme dans les autres pays, une décreue significative est observée puisque pas moins de 60 000 lits ont été supprimés depuis 2001. En France, l'offre de soins en matière de plateaux techniques est trop dispersée avec une hospitalisation complète vraisemblablement surdimensionnée pour faire face aux besoins réels de la population française puisque le taux d'occupation moyen est de 70 % en France alors que la moyenne de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) est de 80 %, celui de l'Allemagne est de 80 %, de l'Angleterre de 82 % et de la Suisse de 90 %. L'Angleterre possède 2.6 lits d'hospitalisation pour 1000 habitants alors que la France en compte 6.0 lits pour 1000 habitants en 2017³. Le bon sens voudrait que l'on restructure l'offre de soins en fonction des besoins réels de la population et de l'évolution du progrès médical. La nécessité s'impose de regrouper les plateaux techniques. Le maintien de petites structures dispersées, peu performantes est souvent responsable d'une inégalité d'accès aux soins. En effet, les patients modestes qui n'ont pas les moyens de se déplacer, seront pris en charge dans ces structures où la qualité des soins n'est pas garantie. Une étude française publiée récemment dans une revue internationale montre qu'il y a encore des équipes chirurgicales qui opèrent moins de dix cancers du poumon par an avec un risque de décès en postopératoire multiplié par 1.5.

Le nombre de plateaux techniques est trop important en France en regard des besoins réels de la population. Cette situation conduit à maintenir du personnel soignant et des médecins parfois sous utilisés et pour certains établissements, à recruter des médecins mercenaires qui coûtent une fortune à l'établissement. L'autre effet pervers peu évoqué, c'est le sentiment d'isolement de certains praticiens et la démotivation pour leur métier.

Cela renvoie à la gradation des soins et des établissements sur un territoire. La difficulté majeure actuelle est celle entraînée par le vieillissement de la population

car les soins de ville et les structures alternatives (notamment les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)) ne sont pas organisés pour éviter de nombreuses hospitalisations « inadaptées ». Cette situation illustre cette difficulté pendant la période hivernale où les hôpitaux sont saturés non pas par une sur-activité mais par des impossibilités de trouver des solutions d'aval..

³ Statistiques de l'OCDE sur la santé.

LES ENJEUX PROFESSIONNELS

Le malaise dans la santé a cru de façon importante dans les hôpitaux ces dernières années. Ce malaise se traduit par une montée de la souffrance au travail avec parfois des conséquences dramatiques et souvent une colère qui se manifeste de façon de plus en plus forte. Tous les sondages montrent la montée de cette insatisfaction. Dans un récent sondage Odoxa pour la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) et Le Figaro, les soignants sont deux fois plus nombreux que le reste de la population à être insatisfaits dans leur travail : deux soignants sur cinq contres « seulement » un Français sur cinq. Selon ce sondage, à la colère du personnel hospitalier s'ajoute désormais celle des patients. En mai 2015, 9 % des patients étaient insatisfaits de leur passage en hôpital. Un chiffre qui a presque triplé en trois ans : ils étaient 20 % en octobre 2017 et ils sont désormais 24 % (mars 2018).

Les causes de ce malaise sont multiples. On peut en particulier citer :

- Une mauvaise organisation génératrice parfois d'accidents et toujours de stress ;
- Une répartition inappropriée du personnel soignant au sein des différents services car on a insuffisamment tenu compte des évolutions différentes entre les unités de soins de la prise en charge ces dernières années ;
- Une insatisfaisante prise en compte du parcours de soins. La moitié des Français et les trois quarts des soignants estiment que « la manière dont se déroule aujourd'hui le parcours de soins des patients entre médecin référent, les spécialistes et les établissements de santé » est « insatisfaisante » ;
- Une difficulté à s'adapter aux nouvelles technologies : les soignants sont plus sceptiques que le reste des Français quant à l'arrivée des nouvelles technologies (e-santé). Alors que 80 % des Français estiment que cela peut faire gagner du temps aux personnels soignants, ces derniers sont seulement 43 % à en voir les potentiels bénéfiques. Plus d'un soignant sur deux pense que cela ne fera que ralentir son travail.

Cette perception génère d'importants risques de baisse de la qualité et même de la sécurité des soins car pour bien soigner il est indispensable d'être suffisamment satisfait de ses conditions de travail. Sur le plan médical, il y a aussi beaucoup de perte de sens, un manque de reconnaissance avec l'impression de n'avoir que peu ou pas de prise sur les décisions. Le manque de lisibilité de la politique de santé, les difficultés financières, les injonctions paradoxales (faire toujours mieux avec toujours moins...), une forme d'hôpital bashing alors que l'hôpital subit aussi beaucoup des éléments sur lesquels il n'a pas de prise. Le malaise médical est profond, il concerne tous les médecins quels que soient leur mode d'exercice (libéral et hospitalier). Il est multifactoriel. Le débat récent ouvert par les urgentistes constitue un exemple où les enjeux de reconnaissance de maintien d'une médecine de qualité, d'une égalité des soins côtoient des revendications professionnelles mais également rémunératrices, et pose la question de la complémentarité des acteurs plutôt que de la juxtaposition. La solution passera-t-elle, par un nouveau grenelle des urgences, support d'un projet ministériel vertical héritier d'une traduction jacobine qui voudra concilier égalité (tout partout) et légalité (une réglementation de plus). Le territoire peut être l'occasion de revoir nos logiciels de gestion et de refondre une nouvelle organisation autour des enjeux de qualité, d'engagement des acteurs, d'innovations et de redonner de la perspective, retracer des nouvelles frontières entre les métiers, élargir leur territoire de travail.

2 LE TERRITOIRE, LES QUESTIONS DU DÉBAT ?

UNE HISTOIRE MARQUÉE PAR UN INTERVENTIONNISME CROISSANT DE L'ÉTAT

La santé encore plus que par le passé est devenue une affaire d'État (Agences Régionales de Santé (ARS)) sous l'influence de l'accroissement des dépenses et le déséquilibre des comptes sociaux. L'histoire de l'hôpital en offre une illustration frappante initialement ancré dans une logique communale de soins aux indigents le progrès médical conjugué à la généralisation des assurances sociales l'a conduit à devenir un des éléments d'une politique nationale de la santé. En parallèle à cette étatisation, force est de constater un mouvement de déconcentration (mais pas de décentralisation à l'exemple des pays européens) de la santé au profit de l'échelon régional puis territorial.

L'ordonnance de 1996 avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) établit le cadre déconcentré d'une action fusionnant l'action de l'État (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)) et de l'Assurance maladie. La région s'affirme alors comme espace de régulation de l'action publique, les acteurs restent autonomes dans le domaine de la santé mais le département, renforcé à la fois par l'échec de la réforme de 1969 et la loi de décentralisation de mars 1982, devient le cadre de la politique sociale et médico et reste aujourd'hui le cadre des schémas des personnes âgées et du handicap.

Cette évolution du dispositif étatique a été menée en parallèle avec le détachement progressif de l'hôpital de son lien communal. Le concept de territoire de santé s'inscrit dans une ouverture continue de l'hôpital.

HÔPITAL : DE SA CITÉ À SON TERRITOIRE

L'hôpital était jadis enfermé dans son Hôtel Dieu, hier installé en périphérie de la ville avec son haut plateau technique et s'inscrira demain dans une logique territoriale de réseau qui évoque la notion de grappe, chère à Schumpeter dans son analyse sur les incidences du progrès technique.

Pour reprendre sa formule, le processus de destruction créatrice touche l'organisation hospitalière avec une nécessaire coopération productrice d'une remise en cause de l'unité de l'établissement qui évolue vers un agrégat composé d'un noyau ancien mais également d'une série de satellites qui accueillerait les nouvelles missions.

Ainsi, peut-on dire que le territoire est l'aboutissement historique d'une ouverture progressive de l'hôpital qui a eu sa première traduction avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970 créant le secteur sanitaire, les syndicats inter-hospitaliers, les groupements hospitaliers de secteur et de région. La loi Evin de 1991 a mis en place les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les conférences de secteur et de région mais a créé également les Groupements d'Intérêt Economique (GIE). La loi du 27 juillet 1995 poursuit cette dynamique.

Enfin, la loi HPST avec les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) puis la dernière loi sur les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) appellent à une restructuration de l'offre globale de soins, le décret 2016-524 du 27 avril 2016 précisant :

« Les GHT sont un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, créé par la loi de modernisation de notre système de santé. Ils visent à offrir à tous les patients un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cette nouveauté permettra, en inscrivant les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population ».

Pour certains, ce territoire doit être celui du seul service public. L'argument repose sur le principe de continuité du service public comme celui de non-rentabilité. Cette obligation de service public ayant une traduction financière, les Missions d'Intérêt Général (MIG), mais également statutaire ou tutélaire (contrôle de l'État). Il ne peut y avoir dissociation totale entre le service public et des règles dérogatoires au droit commun même si des personnes morales de droit privé peuvent gérer des services publics. Le service public de territoire serait donc un domaine d'activité d'intérêt général qui obéit à des règles dérogatoires au droit commun de la libre entreprise. Des acteurs publics ou privés qui s'engageraient dans ce cadre, bénéficieraient de dérogations en plus et en moins selon la formulation juridique, acceptant des contraintes externes en contrepartie d'une reconnaissance tarifaire ou statutaire. La question juridique n'est pas neutre sur le plan économique, dire que le territoire doit être celui du service public, c'est exclure a priori une activité de soins privés.

Pour d'autres, le territoire c'est toute l'offre de soins quelle appartienne ou non au service public.

LE TERRITOIRE OÙ LA FIN DU DÉBAT PUBLIC/PRIVÉ

Les malades « votant avec leurs pieds » les territoires n'ont pas de frontière. La ligne de conduite qui consiste à exclure une partie des professionnels de santé parce qu'ils ne sont pas du secteur public est contestable. Le malade souhaite avoir une réponse à ses besoins qu'elle soit d'origine publique ou privée. La notion de territoire interroge le service public car elle conduit à une coopération publique-publique mais aussi publique-privée et libérale, le caractère unitaire propre au service public s'efface devant la pluralité des acteurs de territoire.

Ces préliminaires posés, quelles sont les attentes de la création d'un territoire de santé ?

D'abord, une réponse aux besoins des malades mais quels besoins et quels malades, besoins de premiers recours, ou de spécialité et donc quel territoire ? Local, zone de premier recours, d'appel ou de référence. Tout malade a besoin d'un centre de proximité garant de l'égalité des soins pour les pathologies courantes or, 80 % des pathologies sont courantes... Si l'on fait sienne la formule selon laquelle la stratégie nationale de santé recherche le déploiement et l'intégration de bonnes compétences au bon moment sur un territoire donné pour que chaque personne dont l'état le nécessite, puisse trouver sur une aire géographique accessible une complémentarité d'offre de soins et d'accompagnement, alors le malade doit être au cœur de la définition du territoire et non être un enjeu des structures ou des professionnels.

Inversement, oublier les acteurs, c'est croire que l'on peut se passer des professionnels. L'exemple vécu démontre qu'entre la sécurité et la proximité, le choix doit être la sécurité mais que les bons médecins attirent les malades plus que les plateaux techniques, vide de compétences. Inversement, sans plateau technique optimal, il n'y a pas de bonne médecine.

Le territoire serait non une réponse exclusive aux recherches d'économie, d'amélioration de la productivité mais doit rechercher une meilleure articulation entre les acteurs plus qu'une recherche d'optimisation interne de chaque acte. Les

termes du débat, résident plus dans l'analyse de la combinaison des métiers que dans la simple optimisation de chaque acte.

Le territoire n'apportera une réponse que si il rencontre une adhésion forte des acteurs. Mais de même qu'un décret n'obligera pas le monde hospitalier à faire, à défaut d'un intérêt à agir, la création d'un GHT n'aura aucun effet opérationnel si elle n'obtient pas l'adhésion forte des acteurs concernés et plus précisément des médecins.

LES PLATEFORMES MUTUALISÉES : UN EXEMPLE À TRAVAILLER

Des initiatives multiples ont créé des plateformes de santé, qui interrogent la constitution des territoires. Ces plateformes, malgré plusieurs tentatives d'extension à d'autres domaines, restent actuellement cantonnées essentiellement aux prises en charge en ville dans des domaines où l'Assurance maladie s'est fortement désengagée depuis de nombreuses années. Les soins hospitaliers sont encore très peu impactés par celles-ci. Pourtant, il existe actuellement plusieurs structures regroupant les professionnels de santé et permettant une meilleure coordination des acteurs de soins :

- Les Équipes de Soins Primaires (ESP) qui permettent la coordination des soins des professionnels de santé du premier recours, médecins généralistes en particulier ;
- Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) qui regroupent des professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, autres soignants sur un même lieu ;
- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : la CPTS est une forme de coordination plus large que l'ESP : elle est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville qu'ils exercent à titre libéral ou salarié, des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire. En pratique, il en existe un petit nombre et encore moins nombreux ceux qui associent l'hôpital. Aujourd'hui, les CPTS sont souvent « primaires centrées » à côté d'un hôpital ou GHT « hospitalo-centré » ;
- La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) : beaucoup plus récemment et en particulier sous l'impulsion de la loi de modernisation du système de santé de 2016 se mettent en place des plateformes visant à une meilleure prise en charge ville/hôpital/médico-social des cas complexes. Il s'agit souvent de patients en situation difficile tant sur le plan sanitaire que sur le plan social. Tout professionnel des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, peut s'adresser à la plateforme, avec une priorité donnée au médecin traitant, et ce, quels que soient l'âge et la pathologie du patient. Les PTA ont des équipes pluridisciplinaires avec des

compétences sanitaires et sociales qui permettent de répondre à des situations très diverses.

Pour le lien avec les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et le médico-social, outre les PTA déjà signalées plus haut, il peut exister des réseaux informatisés permettant une cartographie au fil de l'eau des places disponibles dans ces différentes structures.

Dans le domaine des transports, se mettent progressivement en place des plateformes de coordination qui peuvent largement contribuer à la fluidité des parcours entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS HOSPITALIERS PRIVÉS

À côté de l'hôpital public existent des hôpitaux privés à but non lucratif ou de droit commun qui sont également indispensables au maintien de la qualité et de la sécurité des soins.

Sous la contrainte de leur statut et des risques inhérents concernant leur survie, les structures privées de droit commun ont déjà largement amorcé les mutations nécessaires, tant du point de vue de leur regroupement que du virage ambulatoire avec des taux de prise en charge ambulatoire largement supérieurs au service public et un ratio places ambulatoires/lits conventionnels plus favorable. Il reste à construire par contre la coordination entre les structures publiques et privées pour assurer aux patients un parcours cohérent, une prise en charge efficace de la permanence des soins et éviter éventuellement des doublons inutiles par une gradation des soins intersectorielle appropriée.

Le secteur privé à but non lucratif est lui aussi appelé à jouer un rôle fondamental compte tenu de ses spécificités. Il comprend non seulement d'importantes structures polyvalentes indispensables sur leur territoire mais également de nombreuses structures médico-sociales lui permettant de jouer un rôle privilégié dans la mise en place des articulations sanitaires-médico-sociales.

LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE : QUELLES PERSPECTIVES ?

Depuis 20 ans, dépassant les alternances politiques, trois textes (ordonnance du 24 avril 1996, loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire dite « loi HPST » du 21 juillet 2009 et loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) se sont attachés à cet objectif d'une réforme territoriale de l'offre hospitalière publique.

À ces trois textes, ont correspondu des dispositions législatives puis réglementaires de recomposition/rationalisation de l'offre publique de soins :

- 1996 : création des communautés d'établissements de santé (abrogé en 2009) ;
- 2009 : création des communautés hospitalières de territoire (abrogé en 2016) ;
- 2016 : création des GHT, qui constitue le dispositif aujourd'hui en vigueur de recomposition/rationalisation de l'offre publique de soins.

Près d'un an après l'entrée en vigueur du dispositif, l'on constate qu'il s'agit d'une recomposition/rationalisation à bas bruits (en tout cas pour l'opinion publique) du tissu hospitalier public.

Qu'est-ce qu'un GHT ?

- Chaque établissement public de santé a l'obligation d'adhérer à un GHT et à un seul. Seulement une vingtaine d'établissements, principalement psychiatriques, ont obtenu une dérogation. Le dispositif est donc global.
- Le GHT s'étend sur un périmètre géographique qui correspond peu ou prou à un département et regroupant en moyenne huit hôpitaux publics ;
- Le GHT n'est pas doté de la personnalité morale ce qui le distingue tout à la fois, dans la sphère hospitalière, d'une fusion d'hôpitaux et, hors la sphère hospitalière, des Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) ;

- Le législateur a entendu compenser cette absence de personnalité morale par la dévolution à l'un des établissements du GHT, le plus important, du caractère d'établissement dit support. Il revient à cet établissement de mener, pour le compte des autres, tout à la fois réflexion stratégique et rationalisations opérationnelles dans des champs définis par le législateur ;

- Le directeur de l'établissement support est doté de prérogatives nouvelles en particulier par rapport aux autres directeurs d'établissements du GHT afin de disposer des moyens pour l'action ;

- Surtout, et c'est bien là l'essentiel voulu par le législateur, un projet médical partagé de l'ensemble des établissements constitue le cœur du GHT, en ce sens que ce projet doit structurer l'offre de soins publique dans le périmètre du GHT. À terme, le projet médical du territoire a vocation à recomposer/rationaliser l'offre de soins publique. L'activité de soins est le cœur de métier des établissements publics de santé, le projet médical partagé est donc le cœur du réacteur GHT.

Deux ans après leur création, quelles premières interrogations peut-on tirer de la constitution des GHT ?

- Les GHT ont été créés. La volonté de recombinaison/rationalisation de l'offre publique de soins a emporté l'adhésion (réelle ou certes quelque peu contrainte) de l'ensemble des acteurs hospitaliers publics. En tout cas, elle a réduit, au moins en apparence, ceux des établissements publics hospitaliers qui se vivaient tels de potentiels villages gaulois ;

- Le dispositif actuel apparaît imparfait dans le sens où il génère une insécurité juridique pour les acteurs. Cela devrait poser à nouveau, à terme, l'octroi de la personnalité juridique au GHT soit directement, si les esprits sont mûrs, par fusion des établissements (la totalité des membres ne fait plus qu'un) soit indirectement par création d'une structure de type EPCI (la totalité des membres plus un). Si le GHT n'est pas doté de la personnalité morale, il donne toutefois lieu à la conclusion d'une convention constitutive engageant les établissements qui en font

partie. Cette convention constitutive désigne « un établissement support » chargé d'assurer pour le compte des autres établissements les fonctions et les activités déléguées. Certaines de ces fonctions reviennent obligatoirement à l'établissement support. C'est le cas de la gestion commune « d'un système d'information hospitalier convergent », la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, de la fonction achats ou encore de la coordination des écoles de formation paramédicale. La loi prévoit également la mise en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle ainsi que de la biologie médicale. La composition, la volumétrie et le territoire de ces GHT ainsi définis s'avèrent très hétérogènes ce qui peut être une source importante de difficulté pour leur fonctionnement ;

- Une difficulté importante subsiste qui est l'exclusion des établissements privés du GHT. Dans de nombreuses villes, les établissements privés participent activement à l'offre de soins et pratiquent une médecine de qualité. Il est inconvenable de mettre en place une organisation territoriale sans proposer aux établissements privés de participer à cette offre de soins. L'argent du contribuable va continuer de financer des doublons dans la même ville alors que pour les besoins de la population un seul plateau technique serait suffisant ;

- À aucun moment dans la mise en place des GHT, n'est évoquée la place du médecin généraliste dans la permanence des soins. Le modèle qui est proposé, préfère ne pas modifier les services d'urgence plutôt que de repenser la permanence des soins en mettant au centre le médecin généraliste.

La mutualisation des activités implique une mutualisation des ressources et donc une mutualisation des équipes médicales avec un impact sur les modalités de leur exercice. Certains praticiens hospitaliers auront plusieurs lieux d'exercice et travailleront dans d'autres centres que ceux auxquels ils étaient affectés au départ. Chaque praticien hospitalier doit pouvoir travailler dans des équipes suffisamment étoffées pour répondre aux aspirations légitimes des jeunes générations. C'est un facteur essentiel de l'amélioration de l'attractivité de l'hôpital public qui est elle-même un enjeu essentiel du maintien de la qualité et sécurité des soins.

LES CONDITIONS DE SUCCÈS

UNE VOLONTÉ POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

La première condition de réussite est la volonté politique de lutter contre tous les conservatismes professionnels et les intérêts strictement locaux et individuels. Dans ce débat, trois arguments justifieraient le maintien de petites unités :

- **La proximité** : cet argument est, dans la grande majorité des cas de prises en charge programmées, une aberration. D'ailleurs, on constate tous les jours que la plupart des patients n'hésitent pas à faire de nombreux kilomètres pour une prise en charge qu'ils estiment de meilleure qualité. Ce sont en fait uniquement les plus faibles, les moins informés et les plus démunis financièrement qui vont dans ces structures dangereuses instaurant par là une véritable médecine à deux vitesses. Même s'il doit parfois être augmenté, le coût des transports pour se rendre à l'hôpital « performant » sera toujours très loin d'atteindre celui de financer à fonds perdus ces structures obsolètes. En ce qui concerne le problème des soins urgents, c'est là encore en premier une question de qualité et d'efficacité des transports. Même dans le cas d'une urgence absolue comme celle d'un hématome extra-dural il vaut cent fois mieux « perdre » une heure ou deux en transport vers un centre performant plutôt que d'opérer dans une unité qui sera, faute de suffisamment d'entraînement, incapable de traiter correctement l'hématome, ce qui nécessitera de le réopérer après de nombreuses heures perdues inutilement.

- **Le maintien de l'emploi local** : l'hôpital ne doit et ne peut pas être la variable d'ajustement du taux de chômage dans une commune. La vocation unique d'un hôpital doit être de soigner de façon optimale les patients qui lui font confiance. Pour cela, il doit disposer de l'intégralité des moyens humains et matériels nécessaires ce qui est impossible quand l'activité de cet hôpital est trop faible. Il est d'abord un lieu de soins hautement technologique où les équipes rassemblées agissent en commun contre la maladie.

Il ne s'agira pas d'ailleurs de fermer les hôpitaux concernés mais de les réorganiser vers d'autres activités indispensables dont nous manquons, comme les SSR, les maisons de santé et de périnatalité ou les établissements médico-sociaux comme

les EHPAD. Toutes les expériences de reconversions d'unités courts séjours obsolètes vers des unités de moyens ou longs séjours ne se sont soldées ni par la fermeture de l'hôpital ni même par une baisse massive des emplois.

• **L'aménagement des territoires** : aménager un territoire ne veut pas dire laisser indéfiniment les choses en l'état au risque, à force d'entretenir des structures devenues inutiles et parfois dangereuses, de générer une situation de faillite mettant en cause l'ensemble du système. Aménager un territoire c'est d'abord mettre en place et utiliser les moyens modernes d'accès et d'échanges qui permettent de maintenir les services publics avec même une amélioration de leur qualité.

Depuis la réforme Debré de 1960, l'hôpital public français a été l'alpha et l'oméga de notre système de soins. C'est le lieu de formation clinique des futurs médecins, qu'ils deviennent généralistes ou spécialistes. C'est le lieu où les soins les plus spécialisés et les plus lourds sont réalisés. C'est enfin le lieu de la recherche clinique pour les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). On a parlé à juste raison d'hospitalo-centrisme, et lequel a contribué pendant 50 ans à l'excellence de la médecine française. Inversement, l'excès du tout hôpital conduit par exemple, pour un médecin de soins primaires souhaitant obtenir un avis spécialisé à hospitaliser son patient. Pour 48 heures d'hospitalisation, le coût de cette « consultation spécialisée » est en fait de 4 500 euros. L'impréparation vis-à-vis du handicap et de la perte d'indépendance chez des patients âgés atteints de maladies chroniques conduit à des hospitalisations prolongées en court séjour en attendant de trouver un EHPAD ou un SSR. Les consultations spécialisées dites « avancées » dans les petits hôpitaux qui se sont développées au début des années 90, à la période du budget global, sont encore maintenues par certains CHU ou importants Centres Hospitaliers Généraux (CHG) qui préfèrent maintenir ce nomadisme médical pour que les médecins spécialisés aillent faire leur « marché » dans ces petits établissements afin d'assurer le niveau d'activité du CHU ou du CHG. L'Assurance maladie estime que 17 % des hospitalisations ne sont pas justifiées, soit environ 6 milliards des recettes hospitalières actuelles (pour un Objectif National

de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier de 72 milliards d'euros). Il ne s'agit pas de nier le rôle de l'hôpital public notamment dans la permanence des soins, mais de le replacer dans un élément d'une politique territoriale de santé.

UNE VOLONTÉ DE FAIRE TRAVAILLER LES ACTEURS ENSEMBLE

Les évolutions de la société et l'approche différente de la valeur du travail ont une influence sur le corps médical comme sur les autres secteurs économiques. Il serait illogique de ne pas tenir compte des préférences des jeunes générations pour un temps de travail moins important en durée hebdomadaire, un travail mieux organisé et compatible avec une vie personnelle préservée et des temps de loisirs réels.

Ces évolutions doivent orienter les organisations du métier vers un regroupement des professionnels. Ceci est exigé par les jeunes générations, qui ont l'habitude de travailler en équipe et qui souhaitent poursuivre leur exercice quotidien avec d'autres professionnels de santé tout en préservant une vie personnelle à côté d'une vie professionnelle forcément bien remplie. Le regroupement des médecins répond certes à un besoin de chacun par rapport à son projet de vie, mais aussi à une nécessité quant à la qualité. Il permet en effet des échanges entre médecins, mais également une meilleure coordination dans la prise en charge d'un patient. Le regroupement doit pouvoir être envisagé sous toutes ses formes, présentes ou virtuelles, entre médecins d'une même spécialité ou de spécialités différentes, entre médecins seuls ou entre différents soignants. On voit d'ailleurs que les installations en médecine libérale se font beaucoup plus facilement lorsque les médecins d'une même spécialité sont déjà regroupés, souvent dans un même lieu. Poussée par la nécessité d'un exercice autour de plateaux techniques lourds, tant en imagerie médicale que dans d'autres spécialités en établissements de soins ou en cabinets, la médecine spécialisée a été amenée à exercer dans des structures regroupées. Plus récemment, la médecine générale voit ces groupements également se faire. Souvent encouragés par les pouvoirs publics et mis en exergue sous différentes formes lors de la dernière loi de réforme du système de santé, ces regroupements se font alors entre plusieurs catégories de professionnels de santé.

L'exercice médical de demain se fera dans des structures de plus en plus importantes, à la fois en raison d'une meilleure organisation partagée des temps de travail, des nécessaires supports métier mais aussi de la mutualisation de plateaux techniques lourds permettant une organisation moins coûteuse. Mais le partage avec d'autres

professionnels de santé deviendra de plus en plus structuré et organisé de façon à garantir aux patients une prise en charge en équipe.

Ainsi, les MSP pourraient avoir une activité multisite un peu comme les GHT. En pratique, plutôt que de vouloir, coûte que coûte, avoir un généraliste dans un village, il serait tout aussi bien qu'une équipe au sein d'une MSP puisse faire ces avancées dans un village dans le cadre de cabinets secondaires.

UNE VOLONTÉ D'UTILISER LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Les trois principales faiblesses actuelles du système résident dans :

- Une insuffisance de gouvernance générale de la politique d'informatisation et de son exécution dans une logique régionale : le système d'information et de communication reste encore aujourd'hui l'affaire de chaque établissement, quelle que soit sa taille et indépendamment des contraintes environnementales croissantes (Tarification à l'Activité (T2A), sécurité, droit d'accès du patient à l'information, etc.) ;
- Un cloisonnement des systèmes d'information et de communication dans l'hôpital lui-même, comme entre les acteurs où les syndromes du « millefeuille » et de la « surenchère » dans les échanges et les référentiels prédominent. Recopie, recoupements d'informations à la main, démultiplication des validations, en sont autant de symptômes ;
- Une absence de sensibilisation et de formation des équipes, y compris de direction, aux bénéfices des systèmes d'information et de communication, qui se traduit par un défaut de vision et gestion globales.

La santé reste l'un des rares marchés à ne pas tirer profit des avancées des technologies de l'information et de la communication. Les professionnels de santé sont entrés dans la médecine du XXI^e siècle avec les pratiques et les organisations de la médecine du XIX^e siècle. La télémédecine est un moyen de créer du lien entre les professionnels de santé, et avec des patients qui ne peuvent ou ne souhaitent pas se déplacer pour une consultation médicale classique en face à face. Notre société, avec le développement de l'internet et des outils comme le smartphone ou la tablette, a une demande d'immédiateté dans beaucoup de domaines, dont celui de la santé. Cette demande est plus forte dans les « déserts médicaux » qui n'ont pas ou plus de médecins - généralistes ou spécialistes - proches du domicile : les zones rurales, les régions ultra-marines, les montagnes, etc. Cette demande est d'autant plus angoissante pour les personnes âgées et

atteintes de maladies chroniques. La télémédecine apporte plusieurs réponses.

- La téléconsultation de proximité dans les EHPAD et les pharmacies d'officine avec les médecins de Maisons de Santé Pluridisciplinaires. On présente souvent la télémédecine comme une réponse possible à la question des « déserts médicaux ». La présentation de la solution télémédecine peut être parfois mal présentée par les médias lorsqu'elle laisse entendre que la télémédecine serait une substitution à la consultation en face à face. C'est une présentation déshumanisante de la télémédecine. En fait, la téléconsultation peut être une prise en charge médicale de qualité à la condition qu'elle soit alternée avec des consultations en face à face pour ne pas déshumaniser la relation médicale. Il est tout à fait possible dans un parcours de soins de patients atteints de maladies chroniques d'alterner consultations en face à face et téléconsultations avec le consentement des patients. Certains patients très handicapés qui ont des difficultés à se déplacer peuvent être suivis davantage par téléconsultations, notamment spécialisées lorsqu'il s'agit de suivre des plaies chroniques dont une mauvaise prise en charge a des conséquences négatives pour les patients (amputations, septicémies). C'est l'enjeu du développement de la télémédecine dans les EHPAD ;
- Le téléconseil médical personnalisé donné par des plateformes. Il faut désengorger les cabinets de consultation de soins primaires de toute demande de santé qui peut être gérée autrement que par une consultation en face à face, afin de redonner à l'exercice de la médecine de soins primaires davantage de souplesse et de disponibilité pour accueillir de nouveaux patients. Le téléconseil médical personnalisé est une nouvelle prestation médicale rendue possible par les moyens numériques. Le modèle suisse « Medgate » ou « Médi24 » pourrait être un exemple à suivre en France ;
- La téléexpertise spécialisée entre le médecin de soins primaires et les médecins spécialistes correspondants. En effet, aucun médecin ne peut aujourd'hui prétendre posséder une connaissance exhaustive et suffisante de la science médicale pour prendre en charge dans leur globalité les problèmes de santé d'une personne. La médecine a atteint au fil des années un niveau de complexité scientifique

qui explique pour une part le phénomène de spécialisation médicale, voire d'hyperspécialisation, qui a marqué les trente dernières années. La téléexpertise représente une nouvelle façon d'exercer la médecine au XXI^e siècle ;

- La téléassistance médicale pour conforter le parcours de soins pluridisciplinaire. La téléassistance médicale n'est pas toujours bien comprise. Elle concerne essentiellement les professionnels de santé non médicaux (pharmaciens, auxiliaires médicaux) qui participent à un parcours de soins structuré par la télémédecine, sous la responsabilité d'un médecin. La téléassistance médicale permet à un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste d'assister à distance un professionnel de santé non médical. Cette activité est la traduction en télémédecine des coopérations entre professionnels de santé prévues par l'article 51 de la loi HPST ;

- La télésurveillance médicale au domicile des patients atteints de maladies chroniques pour prévenir les hospitalisations évitables. La télésurveillance médicale vient compléter l'offre de service de télé monitoring proposé par les industriels qui commercialisent des plateformes ou des Dispositifs Médicaux Connectés (DMC). Le médecin peut suivre certains indicateurs cliniques et/ou biologiques chez les patients atteints de maladies chroniques. Les plateformes ou DMC de télé monitoring peuvent être polyvalents et intégrer plusieurs indicateurs qui permettent au médecin de faire le choix le plus pertinent pour la surveillance de son patient. Il est souhaitable que ces plateformes ou DMC prennent en compte le fait qu'un patient peut accumuler plusieurs pathologies chroniques au cours du vieillissement et que seulement certaines de ces pathologies chroniques peuvent relever de façon temporaire ou permanente d'une télésurveillance médicale rapprochée. Cela est important, notamment pour les pathologies conduisant à des hospitalisations répétées.



CINQ PRINCIPES DEVRAIENT ÊTRE RETENUS

1

Considérer la télémédecine comme le moyen incontournable de créer un parcours de soins adapté aux patients atteints de maladies chroniques.

2

Considérer que la téléconseil médical personnalisé est une pratique médicale nouvelle de la télémédecine qui répond à la demande de la société du XXI^e siècle.

3

Considérer que la télémédecine structure les nouvelles pratiques médicales des médecins de soins primaires.

4

Considérer que la télémédecine structure le projet médical partagé des GHT afin d'offrir aux patients le meilleur soin au bon endroit et au juste prix.

5

Considérer que les pratiques professionnelles de télémédecine doivent être financées dans le droit commun de l'Assurance maladie et qu'elles sont porteuses d'efficacité dont l'évaluation pourra se faire au bout de quelques années.

UNE VOLONTÉ DE SORTIR DU DÉBAT FINANCIER

La T2A mise en place depuis 2005 a permis de corriger certaines aberrations de la dotation globale en instaurant un mécanisme de ressources financières en grande partie en fonction de l'activité.

Après 13 ans de pratique, ses défauts sont de plus en plus visibles :

- Recherche parfois excessive d'une augmentation d'activité pouvant aboutir à la multiplication d'actes inutiles ;
- Tarification mal adaptée à une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire du patient.

La médecine rémunérée à l'acte qui a marqué le mode de prise en charge des maladies aiguës du XX^e siècle n'est plus adaptée à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques, lesquels relèvent des parcours de soins avec l'intervention de plusieurs professionnels de santé médicaux et non médicaux. La forfaitisation financière de ces parcours est certainement plus adaptée à ces prises en charge que la rémunération à l'acte. Plus de 65 % de la demande de soins relèvent aujourd'hui de ces maladies chroniques, notamment celles dues au vieillissement. Le nombre de patients en Affections de Longue Durée (ALD) progresse de 5 % par an et près de 11 millions de Français sont aujourd'hui en ALD.

Notre système tarifaire repose encore essentiellement sur le paiement à l'acte. Pour la médecine libérale, celui-ci reste largement majoritaire même si depuis quelques années quelques expériences de rémunération à la qualité et aux objectifs de santé publique (ROSP) ont été mises en place.

Pour la médecine hospitalière, la T2A est une forme de paiement à l'acte puisque c'est bien l'acte motivant l'hospitalisation qui déclenche le classement dans un Groupement Homogène de Malade (GHM) et la base de la tarification du séjour. Ce système a eu l'énorme avantage de permettre de sortir du budget global particulièrement délétère et de favoriser un codage pertinent des actes générant

la mise en place d'une plateforme essentielle : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) dont on constate tous les jours l'intérêt majeur.

Mais le paiement à l'acte, outre son côté potentiellement inflationniste, est mal adapté à la rémunération des parcours.

Il faut donc inventer un autre système tarifaire prenant mieux en compte les évolutions majeures dont nous avons parlé tout au long de ce chapitre mais en conservant les avantages du paiement à l'acte. Un benchmark international permettra d'explorer les avantages et les inconvénients des systèmes mis en place dans les pays plus avancés que le nôtre mais, de toute façon, un système tarifaire « à la française » devra être imaginé. Avec la mise en place de la stratégie de transformation du système de santé, il semble se dessiner une véritable volonté politique de changer en profondeur le système, y compris sur le plan tarifaire. La mise en place d'une disposition dérogatoire (article 51) permettant des expérimentations de financement au parcours peut en constituer une étape importante.

La Haute Autorité de Santé (HAS) développe déjà depuis plusieurs années des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS), permettant aux établissements de suivre et d'évaluer leur politique et leurs progrès dans ce domaine. La HAS est également engagée avec le ministère de la Santé dans la mise en place du recueil de ces indicateurs. Le gouvernement vient également de prendre la sage décision de mettre en œuvre, comme prévu par la loi, une réforme des autorisations et a chargé la HAS de déterminer un socle d'indicateurs qualité et sécurité des soins inclus dans le cahier des charges de ces autorisations.

On constate toujours que lors d'une hospitalisation de nombreux actes d'exploration sont systématiquement refaits. Développer la pertinence des actes c'est d'abord chasser les actes redondants et in fine inutiles. Ceci nécessite de nouvelles organisations de transmission de l'information afin d'éviter ceux-ci. C'est particulièrement vrai lorsqu'un patient passe d'un secteur de prise en charge

UNE VOLONTÉ D'OBJECTIVER LE DÉBAT DE LA FERMETURE DES PETITES UNITÉS

à un autre : les actes redondants se développent, par défaut de transmission d'information ou d'organisation. Plus facile à gérer en milieu hospitalier. Beaucoup de Centres Hospitaliers (CH) mettent en place un système de blocage des redondances.

De même, la « judiciarisation » de la santé, a entraîné le médecin d'aujourd'hui dans une attitude quelquefois trop prudente, engendrant des précautions multiples, voire inutiles. Ce n'est pas par la multiplication des examens complémentaires que l'on résout un problème de santé difficile même si l'on pense que cela peut simplifier l'éventuelle défense devant le juge en cas de démarches judiciaires.

La pertinence des soins est un sujet complexe dont on parle beaucoup mais que peu de pays arrivent à résoudre simplement. Il y a en effet la peur du judiciaire, la demande du patient, la formation médicale et l'évolution de la connaissance que les médecins « polyvalents » ont de plus en plus de mal à suivre, l'aspect financier qui valorise trop peu la démarche intellectuelle. Mais également, le manque de partage d'information ou d'outils d'aide au diagnostic sont aussi des facteurs essentiels.

La presse actuelle liée aux manifestations des Gilets Jaunes a fait de la fermeture des maternités de proximité comme des urgences un exemple d'une stratégie centralisatrice de l'offre de soins. Ce débat doit pouvoir trouver sa réponse dans une démarche médicale et scientifique dont le territoire peut apporter une réponse.

Malgré une littérature internationale importante, la relation volume-qualité et sécurité des soins continue de susciter de nombreuses controverses et est mise en doute par les farouches défenseurs de petites structures locales à très faible activité, les mêmes n'utilisant pas pour eux et leurs familles ces structures.

Dans une étude, évoquant l'impact du volume d'activité sur la qualité des soins dans les hôpitaux, Zeynep Or et Thomas Renaud ont pourtant bien démontré à partir des données du PMSI que la probabilité de réadmission et/ou de mortalité était plus élevée dans les établissements à faible volume d'activité pour six interventions : la chirurgie pour cancer du côlon, le pontage aorto-coronarien, l'opération de résection pancréatique, l'infarctus aigu du myocarde, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et la Prothèse Totale de la Hanche (PTH). Cependant, cette relation n'est pas linéaire et a tendance à s'épuiser à partir d'un certain seuil d'activité, bien sûr variable selon les actes thérapeutiques considérés.

De même dans une étude réalisée en 2000 sous l'égide du Pr Guy Vallancien, sur 100 000 prostatectomies radicales pour cancer effectuées en France, tant dans les cliniques que dans les hôpitaux, il y avait 3,5 fois plus de morts lors du séjour opératoire quand les équipes chirurgicales pratiquaient moins de 50 actes par an comparées à celles qui en faisaient plus de 150.

Une revue de littérature faite en 2008 montre que, pour certaines procédures et interventions, il existe une réelle possibilité d'améliorer la qualité lorsque le volume d'activité, à la fois des établissements et des chirurgiens, augmente. Cette association est particulièrement bien démontrée pour la plupart des interventions cardio-vasculaires et pour la chirurgie lourde. Toutefois, il importe de noter l'existence de critères qui modulent cette relation :

- La nature des procédures et interventions analysées, notamment leur niveau de technicité : plus l'intervention est complexe, plus la corrélation entre volume et qualité est affirmée ;

- Les seuils d'activité retenus : pour la plupart des interventions, il n'existe pas de consensus de la littérature internationale sur les seuils d'activité minimale nécessaire ;

- Des évolutions temporelles : l'influence du volume sur la qualité peut diminuer, voire disparaître au cours du temps pour certaines procédures, notamment à mesure que la maîtrise de cette procédure s'étend et que celle-ci se banalise.

Bien que les véritables raisons de cette relation fassent toujours débat, certaines semblent assez évidentes, en particulier l'effet d'apprentissage au niveau individuel pour les actes techniques et l'amélioration de l'organisation collective qui permet d'optimiser la performance du parcours du patient hospitalisé.

La littérature internationale démontre donc largement qu'un certain seuil d'activité est nécessaire pour maintenir une qualité et une sécurité des soins suffisante. Comment peut-on penser que certains services de chirurgie réalisant moins de 2 000 actes par an toute spécialité confondue, avec des équipes médicales réduites à un ou deux chirurgiens ou anesthésistes et même parfois plus aucun anesthésiste titulaire puissent assurer des soins sécurisés ? L'activité de ces services repose sur des remplaçants au jour le jour qui ne peuvent assurer aucune continuité des soins et qui en plus sont particulièrement onéreux pour l'hôpital. Maintenir, coûte que coûte ces services est assumer une lourde responsabilité vis-à-vis de la sécurité des soins de nos concitoyens. La solution de facilité qui consiste à transformer un service de chirurgie à faible activité en unité de chirurgie ambulatoire est une fausse bonne idée car la pratique de la prise en charge des actes de chirurgie nécessite, encore plus que tout autre, une expérience et un volume d'activité suffisant pour la mise en place d'une organisation optimale. Ce problème est en partie levé par les équipes de territoires, laisser un chirurgien isolé c'est prendre un risque pour lui (sa responsabilité) mais surtout pour le malade.

Ce débat se pose à tous les niveaux de technicité des actes depuis les actes courants jusqu'aux actes les plus sophistiqués. On peut citer par exemple les centres de transplantation beaucoup plus nombreux en France que dans les pays comparables au nôtre. Il en résulte de mauvais résultats, un centre dans un CHU ayant dû fermer pour un taux d'activité trop faible et de mortalité trop élevée. Ce ne sont pas moins de cinq services parisiens qui font des greffes d'organes là où un ou deux seraient suffisants.

UNE VOLONTÉ DE TERRITORIALISER LE DÉBAT DES URGENCES

Il est incontestable que la fréquentation des services d'urgences hospitaliers a connu une croissance exponentielle ces vingt dernières années. Selon la DREES, la fréquentation annuelle des services d'urgences a atteint 20,3 millions de passages en 2015, soit 42 % de plus qu'en 2002, et 3 % de plus qu'en 2014. Il est à noter que cette croissance intervient à nombre de structures quasiment inchangé, puisque l'on recensait 723 services d'urgences en 2015 contre 736 en 2016. Près d'un Français sur six s'est ainsi rendu aux urgences en 2015, ce nombre de passages correspondant à plus de dix millions de personnes, une partie importante d'entre eux étant effectuée par des patients revenant plusieurs fois. Il faut noter que cette croissance n'est pas spécifique à la France. Tous les pays connaissent une forte évolution du nombre d'admissions, la France se situant dans la moyenne des pays de l'OCDE.

Concernant le temps d'attente aux urgences, il faut relativiser la fréquence des cas de délais interminables, sources de risques majeurs. Dans l'étude conduite par la DREES⁴, pour 70 % des patients, la prise en charge débute en moins d'une heure : l'enregistrement intervient en moins de quinze minutes dans 95 % des cas, l'évaluation est faite dans les trente minutes suivant leur arrivée pour neuf patients sur dix. La moitié des patients évalués attendent même moins de vingt minutes avant le début des soins. Au total, 50 % des passages durent moins de 112 minutes au total. Il faut également noter une forte disparité régionale des délais d'attente, ceux-ci étant particulièrement long en Île-de-France.

Faute de s'être donné les moyens de l'assimiler, cette croissance génère de fortes tensions et a des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins non seulement dans ces services d'urgence mais même sur l'ensemble de l'hôpital.

D'innombrables rapports ces dernières années ont proposé différentes mesures pour améliorer l'accueil des urgences. Parmi celles-ci, il nous semble devoir être mis en exergue :

- En amont, une meilleure organisation de la prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville avec un développement des regroupements

professionnels sous diverses formes par exemple mais pas uniquement de maisons médicales de garde ;

- L'usage en pratique quotidienne de la télémédecine pouvant fournir sans déplacement du patient de précieux avis secondaires (notamment en EHPAD). De même, une surveillance au domicile des personnes les plus vulnérables par des objets connectés peut mettre en évidence des signaux faibles déclenchant une consultation spécialisée réglée, bien préférable à une admission en urgence. Des expériences intéressantes ont actuellement lieu sous l'égide de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ;

- Une amélioration de l'aval des urgences par une meilleure gestion des lits de l'ensemble de l'hôpital est une clé essentielle de l'amélioration de la situation. Il faut développer une meilleure programmation de toute hospitalisation dès avant celle-ci, la mise en place de plateforme de gestion des lits et la création de postes de gestionnaires de lits ;

- Mieux ouvrir l'admission des urgences aux hôpitaux privés qui en font la demande et respectent scrupuleusement le cahier des charges des services d'urgence agréés. On nage en plein paradoxe, alors que les hôpitaux publics dénoncent en permanence le trop grand nombre d'urgence auxquels ils ont à faire face, toute demande émanant d'une structure privée, même quand elle respecte tous les critères nécessaires, déclenche instantanément l'hostilité de la sphère publique, trop souvent relayée par les ARS. De même, les SAMU et centres de régulation orientent systématiquement les patients vers les services d'urgence publics, même s'ils sont saturés. Le Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) vient tout récemment d'indiquer que l'hospitalisation privée pouvait aisément et très rapidement doubler son nombre d'admissions en urgence pour passer de trois à six millions.

Dans cette surenchère au développement des structures, le territoire peut être le cadre d'une organisation qui évite les passages inadaptés aux urgences

⁴ DREES. Enquête du 9 juin 2015.

en associant les généralistes (MSP, centres de soins non programmés, maisons médicales de garde, etc...) et en réorganisant la carte territoriale, en ne laissant ouvert 24h sur 24h que les services d'urgences répondant à des besoins.

4 DES PROPOSITIONS RÉPUBLICAINES

LES ENJEUX DU PACTE RÉPUBLICAIN

Le territoire doit reposer sur un socle médical et non administratif, ce sont les réalités médicales qui doivent s'imposer et non les enjeux électoraux. Le projet médical doit être élaboré au niveau du territoire où tous les professionnels de santé exerçant en privé et en public devront être impliqués. L'objectif est de répondre aux besoins de la population, de renforcer la notion de santé publique tout en évitant la redondance des plateaux techniques.

L'hôpital doit être en mesure de proposer une offre de soins au niveau du territoire de santé, prenant en compte les besoins de la population, les activités médicales qui peuvent être prises en charge au niveau du territoire de santé, à partir de trois critères :

- Un certain volume d'activités et des plateaux techniques suffisamment utilisés pour réaliser des actes en toute sécurité ;
- Une mesure de la qualité ;
- Une présence médicale suffisante pour garantir la permanence des soins.

La médecine de parcours est au cœur de la stratégie nationale de santé. Et l'hôpital devra y trouver sa juste place grâce à une meilleure collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital.

Le territoire par le cadre juridique qu'il crée, conduit à une restructuration non plus de l'offre hospitalière comme cela était le cas précédemment, mais à une recomposition de l'offre de soins autour du parcours de santé dans un territoire donné. La mesure de la performance de chaque territoire devra se faire à partir d'indicateurs de processus et de résultats en lien avec les ARS et les nouvelles autorités sanitaires.

L'organisation des soins se modifie au rythme des lois et des réformes, mais force est

de constater que le progrès technique et médical vont plus vite que le droit mais également les esprits : le résultat montre un décalage entre la réalité institutionnelle et une réalité médicale. Les exemples abondent de l'accélération d'un progrès médical mais également technologique qui modifie les données d'organisation classique :

- L'apparition de nouveaux métiers de la santé et la revendication des professionnels vers plus de reconnaissance et d'autonomie liée à une spécialisation des savoirs amplifient le besoin de transversalité et de pluridisciplinarité ;
- La volonté des patients de devenir acteurs de leurs soins exige de l'évaluation, de la transparence et transforme le droit de la responsabilité.

L'émergence d'un progrès médical à forte valeur ajoutée et à haute technicité conduit à une massification des plateaux techniques mais également une réduction du nombre de lits. Or, la santé n'a pas tiré toutes les conséquences d'un progrès médical qui remet en cause son organisation et qui conduit au regroupement des petits Centres Hospitaliers et au regroupement des petites activités de recherche dans certains CHU comme des acteurs professionnels. Les malades ne s'y sont pas trompés qui, « votant avec leurs pieds », préfèrent toujours la qualité au détriment de la proximité. Le décloisonnement est une réponse à une évolution du progrès médical qui pousse à plus de spécialisation et donc de complémentarité entre les techniques et les hommes, et donc les professions. Le progrès technique en spécialisant les tâches rend indispensable la complémentarité des acteurs.

Le territoire c'est d'abord l'offre de soins quelle appartienne ou non au service public, quelle soit libérale, privée ou publique, les malades cherchent des compétences et non des offres statutaires ou réglementées. La ligne de conduite qui consiste à exclure une partie des professionnels de santé parce qu'ils ne sont pas du secteur public est contestable. Le malade souhaite avoir une réponse à ses besoins que cette offre soit d'origine publique ou privée. Le territoire interroge

le service public face à la pluralité des acteurs de ce territoire.

Deux voies sont possibles :

- La première souhaitée par les jacobins d'un territoire géré par le haut ici. L'ARS s'inscrivant dans une dynamique jacobine classique de l'administration française ;
- La deuxième plus girondine qui fait de l'ARS un tuteur et un garant de la finalité du territoire et non un acteur du territoire laissant aux acteurs le soin de s'organiser.

Il est à craindre que l'individualisme des acteurs voire leurs oppositions historiques, comme la tradition française, ne conduisent à la première voie. Il serait donc urgent que les acteurs se fédèrent et s'inscrivent dans une démarche collective plutôt que de se voir imposer une hiérarchie.

Ainsi, le territoire reformule l'éternelle question que se posait Blaise Pascal et qui est au cœur de toute organisation : « La multitude qui ne se réduit pas à l'unité est confusion ; l'unité qui ne dépend pas de la multitude est tyrannie. ».

Comme on le voit trois défis sont à relever :

- Celui de l'**ouverture** à d'autres acteurs du social comme du sanitaire, du monde libéral comme du monde associatif et notamment mutualiste ;
- Celui de la **coopération** entre eux pour construire une réponse de service public hospitalier qui parte du terrain ;
- Celui de la **contractualisation** interne entre eux et externe avec les autres acteurs au lieu d'un isolement qui ne peut conduire qu'au réglementaire.

LES TERRITOIRES : UNE REFONTE DE LA LIBERTÉ

1. Dans les territoires jugés excédentaires déterminés par le conseil régional et arrêtés par l'ARS, la liberté d'installation est conditionnée par un agrément de l'Assurance maladie pour tout nouvel arrivant. Une convention territoriale entre la caisse d'Assurance maladie et les représentants des médecins, précise les termes de cet agrément.

Cette proposition vise à distinguer la liberté d'installation du conventionnement par l'Assurance maladie. Elle doit être pondérée par une analyse territoriale mais également selon les disciplines afin de coller à la réalité. À la liberté de prescription doit correspondre un engagement de répondre aux besoins des patients, et ce quel que soit le résultat du débat sur la fin ou l'aménagement du numéris clausus qui répond à une autre problématique : la réduction du temps de travail médical liée au changement des modes de vie, et la spécialisation des métiers de santé. Cependant une question subsiste, quels seront les critères pour définir un territoire excédentaire ? La liberté d'installation doit rester le principe, et l'exception ne doit concerner que les territoires jugés excédentaires et confiant à l'Assurance maladie et aux partenaires médicaux les modalités de cette dérogation territoriale. Faute d'accord, l'ARS prendrait les dispositions nécessaires.

2. Élargir les expérimentations en permettant aux acteurs hospitaliers de prévoir des dérogations au statut de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), pour les cadres, et les personnels médicaux.

Faut-il remettre en cause le statut et parfois les règles de droit public ? Le débat sur l'efficacité du droit public et plus précisément du droit administratif et des règles de comptabilité publique n'est pas propre au domaine de la santé. Inversement, parier sur la liberté contractuelle et l'initiative, c'est appliquer les règles qui fonctionnent dans d'autres pays. Limiter cette possibilité aux seuls cadres répond à un souci d'exigence et de réalisme social.

3. Tous les acteurs d'un même territoire ont vocation à participer à des

groupements de santé. Le GHT peut avoir la personnalité morale sous réserve de préciser le contour dans la convention constitutive.

Les GHT sont en fait des groupements hospitaliers publics de territoires départementaux et n'épousent pas la réalité hospitalière privée comme la notion de bassin de vie. Loin de remettre en cause cette organisation, notre proposition vise à la modifier en lui accordant la possibilité conventionnelle d'acquérir la personnalité morale, mais aussi à créer une autre structure des groupements territoriaux de santé ouverts à tous les acteurs y compris ceux qui adhèrent à un GHT sur la base d'un projet et d'une convention constitutive qui sera la loi des parties. Afin que ces initiatives soient compatibles avec le Projet Régional de Santé (PRS), l'ARS devra approuver la création de cette structure. Les postes partagés entre structures ont démontré l'efficacité, comme l'attractivité de ce dispositif. Sans tout vouloir concentrer sur l'établissement pivot, il convient que chaque profil de postes de cadres médicaux ou administratifs ait précisé la part territorialisée qui leur sera demandé dans l'exercice de leurs missions.

4. Afin que chaque patient se voit garantir l'égalité des chances, toutes les activités soumises à autorisation font l'objet d'évaluations rendues publiques sur le site de l'établissement concerné.

La transparence fait partie de l'égalité des chances comme des exigences d'efficacité. Pour toutes les activités soumises à autorisation, la HAS établit un volume d'activité minimale par équipe médicale. Cela suppose également de disposer des ressources humaines et matérielles suffisantes. À partir de ce postulat, notre groupe de réflexion propose la généralisation d'un seuil d'activité pour toutes les activités soumises à autorisation. Afin d'éviter une suradministration et une gestion politique de cette démarche de qualité pour les patients, il est proposé que la HAS détermine ces seuils et les ressources minimales qui s'imposeront aux ARS (compétence liée). Tous les CH n'ont pas vocation à tout faire, comme tous les CHU ne peuvent faire des activités de recours, il faut concentrer les ressources où est la compétence pour donner toutes les chances aux malades.

5. Dans chaque territoire, un plan de reconversion des lits de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) en lits de soins de suite ou de prise en charge des personnes âgées est établi en fonction d'un taux fixé par l'ARS.

Cette proposition vise à répondre à trois objectifs, la réalité d'une offre excédentaire globale en lits MCO en France, la diversité des situations selon les régions, les territoires mais aussi les disciplines (médecine, chirurgie...) et la réponse urgente à donner à la dépendance, aux structures d'aval, à la place de l'ambulatoire... À partir d'un taux national, décliné au niveau régional par spécialités médicales, il faut faciliter la reconversion des lits MCO, et anticiper les besoins du vieillissement par une analyse territorialisée.

6. Tous les patients doivent disposer d'un dossier médicalisé informatisé et tous les acteurs doivent s'inscrire selon des modalités à définir au niveau national. Tous les territoires de santé doivent disposer d'une plateforme

d'expertise permettant aux acteurs de santé d'accéder à une expertise professionnelle selon son niveau de compétences. Le principe d'une santé sans papier avec pour corolaire un hôpital sans papier fait partie du cahier des charges obligatoire de tout projet de santé.

Il faut imposer une réalité, l'émergence des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), mais aussi de l'intelligence artificielle et de la médecine connectée. Inversement, il faut laisser chaque acteur, chaque groupement, s'inscrire dans ce projet selon un cahier des charges communs mais pas de plan supplémentaire. Ainsi, si la télémédecine n'est pas la seule solution aux déserts médicaux, sans elle il n'y a de solution viable, comme dans la définition de parcours de soins.

LES TERRITOIRES, UNE NOUVELLE FRATERNITÉ

7. Chaque territoire de santé doit définir trois niveaux d'activité de proximité, d'appel et de recours. Dans chaque territoire de santé de proximité, une convention détermine les liens entre les structures d'EHPAD et les structures de soins de suite avec les établissements MCO. Dans cette convention est prévue l'organisation de la télémédecine.

Cette proposition suppose que les médecins s'approprient les GHT et en cela l'instauration d'une CME obligatoire, en charge du projet médical du territoire s'impose. Il lui appartiendra de définir les trois niveaux de soins de proximité, d'appel et de recours, en lien avec d'autres GHT quand le recours devient un recours exceptionnel.

8. Dans chaque territoire, les collectivités territoriales sont associées aux PRS pour le volet handicap, et dépendance médico-sociale. Le Parlement sera saisi d'une modification de la loi sociale. L'action sociale sera de la compétence de la région.

Notre proposition est de rebattre les cartes et d'attribuer aux régions les compétences actuellement départementales en matière d'action sociale afin que santé et social comme médico-social aient le même cadre d'analyse, ce qui n'interdit pas aux régions en charge de la définition d'une politique régionale de confier aux départements des délégations de missions.

9. Dans un délai de 3 ans, revoir et assurer une maintenance régulière de la nomenclature des actes médicaux sur la base des données acquises de la science et des pratiques en confiant aux paramédicaux de nouvelles compétences par transfert ou de compétences sous délégation.

Le progrès technique entraîne sur le plan économique des modifications dans la fonction de production. Il en est de même pour le progrès médical qui modifie la valeur ajoutée des actes. Notre proposition vise à adapter la nomenclature

des actes médicaux, à l'évolution du progrès technique qui privilégie les actes techniques ou industriels au détriment d'actes plus personnalisés.

CES NEUFS PROPOSITIONS S'INSCRIVENT DANS UNE DÉMARCHE PLURIELLE :

1

Une démarche contractuelle qui permet à tous les acteurs volontaires d'expérimenter ces nouvelles organisations. La convention constitutive de ce territoire précisera les modalités juridiques et expérimentera des modalités modernes de gestion.

2

Une démarche fédérative qui regroupe sans nier la reconnaissance des acteurs représentés au sein des instances en fonction de la convention constitutive. Cette organisation évitera la création d'une strate administrative supplémentaire.

3

Une démarche économique qui vise à réduire les frais de gestion notamment administratifs et logistiques.

4

Une démarche territoriale qui fait de l'État un acteur régulateur, producteur de normes et qui confie aux territoires la mise en oeuvre opérationnelle.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 4

1	LES ENJEUX DES TERRITOIRES DE SANTÉ	8
	LES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES POUR UNE ÉGALITÉ TERRITORIALE DES FRANÇAIS	9
	LES ENJEUX TECHNOLOGIQUES POUR ANTICIPER	10
	LES ENJEUX TERRITORIAUX DE L'AMBULATOIRE	13
	LES ENJEUX HOSPITALIERS	14
	LES ENJEUX PROFESSIONNELS	16

2	LE TERRITOIRE, LES QUESTIONS DU DÉBAT ?	18
	UNE HISTOIRE MARQUÉE PAR UN INTERVENTIONNISME CROISSANT DE L'ÉTAT	19
	HÔPITAL : DE SA CITÉ À SON TERRITOIRE	20
	LE TERRITOIRE OÙ LA FIN DU DÉBAT PUBLIC/PRIVÉ	22
	LES PLATEFORMES MUTUALISÉES : UN EXEMPLE À TRAVAILLER	24
	L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS HOSPITALIERS PRIVÉS	26
	LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE : QUELLES PERSPECTIVES ?	27

3	LES CONDITIONS DE SUCCÈS	30
	UNE VOLONTÉ POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	31
	UNE VOLONTÉ DE FAIRE TRAVAILLER LES ACTEURS ENSEMBLE	34
	UNE VOLONTÉ D'UTILISER LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION	36
	UNE VOLONTÉ DE SORTIR DU DÉBAT FINANCIER	40
	UNE VOLONTÉ D'OBJECTIVER LE DÉBAT DE LA FERMETURE DES PETITES UNITÉS	43
	UNE VOLONTÉ DE TERRITORIALISER LE DÉBAT DES URGENCES	46

4	DES PROPOSITIONS RÉPUBLICAINES	50
	LES ENJEUX DU PACTE RÉPUBLICAIN	51
	LES TERRITOIRES : UNE REFORTE DE LA LIBERTÉ	54
	L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES	56
	LES TERRITOIRES, UNE NOUVELLE FRATERNITÉ	58

LA COMMISSION TERRITOIRES DE SANTÉ

François Blanchecotte - Président du Syndicat des Biologistes

Fabien Brisard - Directeur Général du CRAPS

Pierre-Henri Comble - Conseiller du Président, en charge de la stratégie de Cegedim Insurance Solutions

Patrice Corbin - Conseiller Maître honoraire de la Cour des comptes, Avocat et Trésorier du CRAPS

Odile Corbin - Consultante Protection sociale

Charles Descours - Sénateur honoraire de l'Isère

Christian Espagno - Ex-Directeur de l'ANAP

Thierry Godeau - Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME de CH

David Gruson - Conseiller Référendaire à la Cour des comptes

Abraham Hamzawi - Partner Digital Transformation de Sopra Stéria

Théo Klargaard - Responsable des Relations Institutionnelles de Novo Nordisk

Maud Le Bolloch - Consultante Senior d'YCE Partners

Jacques Léglise - Directeur Général de l'hôpital Foch

Vincent Leroux - Médecin de santé publique

Jean-Claude Mallet - Past-Président du CRAPS

Stéphane Pardoux - Directeur Général du CHI Créteil

Juliette Petit - Directrice du Pôle Stratégie et Gouvernance du CNEH

André-Gwenaël Pors - Directeur Général du CH de Laval

Philippe Roussel - Chargé de mission au CNEH

Thierry Schifano - Président de la FNTS

Jean-Paul Ségade - Président du CRAPS, Président de la Commission Territoires de Santé, ex-Directeur Général de l'AP-HM et ex-IGAS

Pierre Simon - Past-Président de la Société Française de Télémedecine

LES RÉDACTEURS

Pierre-Henri Comble - Conseiller du Président, en charge de la stratégie de Cegedim Insurance Solutions

Christian Espagno - Ex-Directeur de l'ANAP

André-Gwenaël Pors - Directeur Général du CH de Laval

Jean-Paul Ségade - Président du CRAPS, Président de la Commission Territoires de Santé, ex-Directeur Général de l'AP-HM et ex-IGAS

Pierre Simon - Past-Président de la Société Française de Télémedecine





LES PUBLICATIONS

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale ! Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné - Octobre 2015

Le Livre Blanc Novembre 2012

LES CAHIERS DU CRAPS

Formation professionnelle : du marché à l'individu - Formation professionnelle - 2019

Retraite : un patrimoine collectif - Retraite - 2018

Une bombe à mèche longue - Chômage, formation, accompagnement et indemnisation - 2017

L'emploi : un défi européen - Emploi et Europe - 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense - Assurance maladie - 2017

Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun - Financement de la Sécurité sociale - 2017

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public - Hôpital - 2017

Pour structurer la médecine du XXI^{ème} siècle : la télémédecine - Télémédecine - 2017

Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à l'heure de la révolution numérique - Big data et nouvelles technologies - 2017

Un quinquennat pour retrouver une ambition française contre le tabagisme - Lutte contre le tabagisme - 2017

Quelle politique mener ? - Addiction à l'alcool - 2017

Une question de méthode - Dialogue social - 2017

LES CRAPSLOG

Plaidoyer pour une Europe sociale ! Mai 2019

Heur et malheur de l'Assurance chômage Mars 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche ! Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament ! Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ? Février 2018

**Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement :
quelle implantation ?** Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires Juillet 2017

Les mutuelles au coeur de notre avenir Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac Mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine... Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la population Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant Janvier 2015

Démographie médicale Avril 2013



ÉDITION ET CRÉATION

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Jean-Paul Ségade et Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

CONCEPTION ET RÉALISATION

Pierre-Maxime Claude

CRAPS

54, rue René Boulanger, 75010 PARIS
01 73 75 41 09 - accueil@association-craps.fr

© CRAPS 2019

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Achévé d'imprimer sur les presses de l'imprimerie GUILLOTTE - LAVAL

Dépôt légal
Juin 2019

NOUS SUIVRE

www.association-craps.fr



Depuis un fameux classement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en juin 2000, largement repris par les conservateurs comme prétexte pour ne rien modifier, qui plaçait notre pays en tête des soins de santé, les choses n'ont pas évolué dans le bon sens. D'ailleurs, notre rang a fortement rétrogradé dans les derniers classements internationaux et nous nous positionnons maintenant plutôt aux alentours de la quinzième à la vingtième place.

Sous l'effet d'un constant progrès thérapeutique et technologique, la santé s'est beaucoup transformée ces trente dernières années. Pourtant, c'est probablement d'une modification profonde de l'offre de soins qui nous attend dans les prochaines années telle que la France ne l'avait pas connue depuis les ordonnances Debré de 1958.

Notamment à travers le débat sur les déserts médicaux, les pouvoirs publics ont lancé une vaste réflexion sur la réforme de la santé. Le Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale (CRAPS), fidèle à sa démarche de prospective, a souhaité apporter des éléments de réflexion sur un volet de cette réforme : celle des territoires de santé.

