

« Transformation du système de santé : une opportunité pour les SSR ? »

Note synthétisant les conclusions du rapport HCAAM relatif à la transformation du système de santé

8 juin 2018

Rappel du contexte : Le rapport du HCAAM, « Contribution à la transformation du système de santé », en date du 24 mai 2018, expose la vision du Haut conseil sur les évolutions à apporter au système de santé actuel dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. L'article 65 de cette loi ayant instauré des « Communautés Professionnelles Territoriales de Santé », outil essentiel du « schéma prospectif » proposé par le HCAAM.

Ce dernier distingue trois scénarios possibles d'évolution de notre système de santé. Le premier, caractérisé par le « non-choix », décrirait le prolongement de la situation actuelle dans laquelle « les inégalités s'accroissent aussi bien dans leur dimension sociale que territoriale ». La seconde dynamique serait celle d'une « concentration menée à son terme », pour l'instant ralentie par la volonté de « maintenir une offre de proximité et une certaine gradation des réponses proposées ». Enfin, le scénario que retient et qu'appelle de ses vœux le HCAAM est celui dit de la « différenciation » appuyée par les progrès scientifiques et techniques mais aussi par les évolutions des besoins de santé. Le but étant d'aller vers un modèle nouveau mêlant « diversité des compétences » et remise en cause des « modèles d'intégration historiques ».

Le jeu coopératif

Pour le Haut Conseil, la « pratique isolée correspond à une organisation qui n'est plus pertinente ». Rénover le système de santé passerait par la nécessaire coopération des établissements et professionnels de santé. Il apparaît clairement dans ce rapport que l'incitation aux « jeux coopératifs » permettrait une « montée en compétence collective » permettant d'assurer le triptyque Proximité / Sécurité / Qualité.

A ce titre, la vision du HCAAM place le patient au centre de l'attention dans une logique du « juste soin », autrement dit du bon acte effectué par la bonne structure (reconnaissance de la notion de pertinence). Cette condition, essentielle à l'efficacité du système de santé, ne peut se réaliser, selon lui, qu'à travers de meilleurs échanges entre professionnels et structures et une plus claire répartition des tâches sanitaires, médico-sociales et sociales.

Pour ce faire, le HCAAM appelle notamment à une réactualisation des « missions attendues des établissements » à travers une modification de l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique.

Une dualisation du système de santé

La structure actuelle du système de santé, tendant vers toujours plus de spécialisation, ne semble pas pouvoir répondre, pour le HCAAM, aux enjeux avancés de recrudescence des maladies chroniques et de vieillissement de la population.

Pour répondre à ces défis de santé qui se profilent, le Haut conseil cherche ainsi à définir une « **gradation** » de l'offre de soins exposée comme tel :

- **Les soins de proximité et de premier recours**, comprenant des prises en charge gériatriques, de suivi de malades chroniques, d'éducation thérapeutique, voire de régulation et gestion des urgences. Les CPTS, auxquelles sont liés les « établissements de santé communautaire » [au titre desquels figurent des établissements SSR tous statuts confondus], seraient les pièces majeures de cette première ligne de prise en charge.

Dans cette optique, les établissements de santé communautaire auraient pour but de « *limiter le recours non pertinent à des hospitalisations dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds* » ou encore de « *faciliter la permanence et la continuité des soins* ».

- **Le deuxième recours** est, quant à lui, constitué des « *prises en charge nécessitant des moyens humains et techniques spécialisés* ». Il concerne les établissements capables d'assurer une hospitalisation de court séjour « non fortement spécialisée » ainsi que les médecins spécialistes de ville ou hospitaliers. Il convient alors de distinguer les spécialités cliniques des spécialités techniques. Pour ces dernières, l'exemple pris est celui de la cardiologie : « *avis spécialisé du cardiologue, échocardiographie, épreuve d'effort ; à distinguer de plateau de cardiologie interventionnelle* ». Cette catégorie du second recours comprendrait aussi bien des recours spécialisés « *sans hospitalisation* », que des recours spécialisés « *nécessitant une hospitalisation* ».
- La troisième strate de cette « *gradation* » comprendrait les **hôpitaux ou cliniques ayant une forte spécialisation** et en possession « *d'équipements lourds* ». Ce point posant la question des hôpitaux fortement spécialisés mais également en capacité d'effectuer des actes compris dans la catégorie des premiers recours. Le HCAAM tranche en affirmant que ces structures devraient « délaisser les prises en charge de premier type ».

Sur cette base de gradation, une dualisation du système de santé en terme d'accès aux soins, au regard des situations de chaque territoire de santé, est préconisée. Celle-ci s'organiserait entre d'une part, des blocs d'établissements très spécialisés implantés notamment dans les zones urbaines et d'autre part, un ensemble de structures établies en réseau de proximité qui assureraient une polyvalence et un accès à des soins de premier recours dans des zones plus isolées.

Par ailleurs, le Haut conseil recommande un bilan sur « *la mise en œuvre des GHT* » et leurs « *résultats d'ores et déjà évaluables* ». Ce bilan appelle également à évaluer les « *perspectives susceptibles d'en [les GHT] être attendues* ».

Le HCAAM prenant le soin de préciser ici que « *Les risques que les GHT font peser sur l'avenir de l'organisation hospitalière sont en tout cas bien identifiés : risque de gigantisme et de déséconomies d'échelle ; risque d'impuissance par absence de personnalité morale et en fin de compte degré d'intégration très insuffisant, notamment dans les territoires où les établissements n'arrivent pas à s'entendre sur un projet commun ; risque de recentrage sur soi avec pérennisation d'un*

hospitalocentrisme très critiqué, manque d'ouverture vers la ville, en contradiction avec la « médecine de parcours » que tous les acteurs appellent de leurs vœux ».

Un rôle à jouer pour les SSR ?

L'exposition du « schéma prospectif » du HCAAM montre la fin de la logique des prises en charge en « amont » et en « aval » de l'hospitalisation. Le conseil démontrant que « l'enjeu n'est pas de construire des parcours types mais des organisations rendant possibles des trajectoires « fluides » et individualisées ».

Cette organisation reflète également un des objectifs décrits par le HCAAM qui est celui d'une « organisation structurée par territoire autour d'un important pôle technique (pouvant rassembler plusieurs sites, par exemple dans le cadre d'une coopération public/privé) et travaillant en réseau avec les établissements de santé communautaires de proximité ». De la sorte, les moyens spécialisés sont réunis à « un niveau pertinent » comme le département ou la région alors qu'est organisée « une offre diversifiée de services de médecine et de SSR à orientation gériatrique [...] à un niveau de proximité ».

Par ailleurs, l'intérêt d' « établissements de santé communautaire » est notamment mis en avant par le fait qu'à « un niveau infra-départemental on trouve des établissements publics, mais aussi de nombreux établissements privés à but non lucratif ou à but lucratif. Ce niveau intermédiaire est à préserver, lorsque dans un certain nombre de cas il permet de fixer sur le territoire une offre de médecine spécialisée accessible ou de déployer des activités de SSR, de séances, de psychiatrie...offre utile à la population. ». Cette nouvelle organisation consacre le principe de subsidiarité.

Un nouveau système basé sur l'évolution organisationnelle

Le HCAAM prévoit que le « développement d'outils numériques innovants doit faciliter l'orientation du patient, son accompagnement à long terme, ses contacts avec les professionnels de santé. Il doit également permettre de simplifier [...] les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations ». Il prévient qu'un effort financier transitoire sera à consentir à ce niveau.

En outre, dans un souci d'efficience, le HCAAM cherche à « libérer du temps médical ». En ce sens, un des axes de travail est l'externalisation des tâches administratives, de telle façon que les personnels soignants n'aient pas à s'en préoccuper. Dans un objectif de rationalisation des coûts cette tendance à l'externalisation serait accompagnée d'une vague de mutualisation de ces tâches (logistique, achats, SI, voire plateaux techniques).

Enfin, il est à souligner le **rôle laissé aux ARS, et la préconisation d'une évolution de leurs missions**. Le Haut conseil estimant opportun que les ARS deviennent, dans ce nouveau système, de véritables « autorités de régulation » en charge de contrôler que les services attendus soient « effectivement rendus sur l'ensemble du territoire et pour toute la population ».

Ce système « dirigé par la demande » engendrerait une évolution des modalités d'évaluation des différents acteurs « en intégrant de façon majeure la dimension de qualité ». Cela supposerait une réorganisation en ce sens des ARS, qui nécessiterait d'être « dotées de compétences dont elles ne disposent pas » actuellement.

Les propositions d'évolution au niveau des dépenses de santé et de la tarification

En ce qui concerne d'abord, **l'évolution du financement des dépenses du système de santé** dans son ensemble, trois pistes sont évoquées : la rationalisation du mode de financement actuel (basé sur l'assurance maladie et les assurances complémentaires obligatoires ou facultatives) ; l'extension de la couverture maladie obligatoire en substitution des assurances complémentaires ; l'évolution progressive visant à distinguer la responsabilité de l'assurance maladie « *de base* » et celle des assurances complémentaires.

Le Haut conseil s'employant, à ce stade, uniquement à réaffirmer le principe de solidarité visant à garantir à tous l'accès à la santé.

Ensuite, concernant **l'allocation des ressources**, le HCAAM met en avant les limites d'une vision cloisonnée des composantes de l'ONDAM et les difficultés de fongibilité en résultant. Il propose deux orientations visant d'une part, à augmenter significativement les marges de manœuvre régionales afin que les régions « *défavorisées* » disposent de nouveaux moyens permettant d'améliorer l'accès aux soins et d'autre part, la constitution d'une enveloppe « *activité ville + hôpital* » pour faciliter les transferts d'activité au sein de cette enveloppe élargie. Il fait également état de la nécessité d'engager une prospective pluriannuelle de l'ONDAM.

Enfin, concernant **les évolutions des modalités de tarification**, il propose, dans l'attente des orientations de la mission confiée à Jean-Marc AUBERT, deux axes de travail :

- La création d'une Agence des nomenclatures dont l'objectif serait de mettre en cohérence les actes des différentes nomenclatures aux évolutions technologiques ;
- L'élaboration d'une « *doctrine nationale* » autour de l'article 51 de la LFSS 2018 qui permettrait d'envisager plusieurs configurations d'organisation des soins en fonction des spécificités des territoires.

En conclusion, pour le HCAAM, la réorganisation du système de santé doit porter des délimitations claires entre soins de premier recours, de deuxième recours et des soins plus spécialisés. La coordination entre ces différents niveaux étant un facteur essentiel pour fluidifier le parcours de soins.

Certains SSR en tant qu'« établissements de santé communautaire », pourraient assurer une ligne d'hospitalisation de premiers recours, au service des médecins de ville.